Aus der Psychotherapeutischen Abteilung für Studenten
(Leiter: Professor Dr. med. Horst-Ulfert Ziolko)
– Psychiatrische und Neurologische Klinik der FU Berlin –

KATAMNESE VON ZWANGSNEUROSEN ÜBER EINEN ZEITRAUM VON 2–16 JAHREN

Inaugural-Dissertation
zur
Erlangung der medizinischen Doktorwürde
an den Medizinischen Fachbereichen
der Freien Universität Berlin

vorgelegt von
Gert Ilka Röhl
aus Neukirchen

1977

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549616_0066

Aus der Psychotherapeutischen Abteilung für Studenten
(Leiter: Professor Dr. med. Horst-Ulfert Ziolko)
– Psychiatrische und Neurologische Klinik der FU Berlin –

KATAMNESE VON ZWANGSNEUROSEN ÜBER EINEN ZEITRAUM VON 2–16 JAHREN

Inaugural-Dissertation
zur
Erlangung der medizinischen Doktorwürde
an den Medizinischen Fachbereichen
der Freien Universität Berlin

vorgelegt von
Gert Ilka Röhl
aus Neukirchen

1977

Referent: Professor Dr.med.Horst-Ulfert Ziolko

Korreferent: Professor Dr.med.Annemarie Dührssen

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fachbereiche der Freien Universität Berlin

Promoviert am: 9.3. 1977

INHALTSVERZEICHNIS

		Seite
1.	EINLEITUNG UND PROBLEMSTELLUNG	5
2.	LITERATURÜBERSICHT	7
2.1	Literatur zur Definition und Abgrenzung	7
2.2	Literatur zur Pathogenese	12
2.3	Literatur zur Therapie	18
2.4	Literatur zu Verlauf und Prognose	24
3.	EIGENE UNTERSUCHUNGEN	34
3.1	Auswahl der Ausgangsgruppe	34
3.2	Art des Vorgehens bei der Nachuntersuchung	36
3.3	Allgemeine Beschreibung der Patientengruppen	37
3.31	Die Ausgangsgruppe	37
3.32	Die nicht nachuntersuchten Patienten	39
3.33	Die nachuntersuchten Patienten	40
4.	KATAMNESTISCHE ERGEBNISSE	42
4.1	Nachuntersuchungsmodus	42
4.2	Katamnesebefunde	42
4.3	Zusammenhang zwischen klinischer Beurteilung bei der Nachuntersuchung und sozialer Eingliederung	46
4.4	Beziehung zwischen klinischer Beurteilung bei der Nachuntersuchung und Art des Krankheitsverlaufes im Katamnesezeitraum	48
4.5	Beziehung zwischen der klinischen Beurteilung bei der Nachuntersuchung und der Art des gesamten Erkrankungsverlaufs	54

		Seite
4.6	Untersuchung zur Ermittlung prognostischer Faktoren	64
4.61	Länge des Katamnesezeitraumes	64
4.62	Erkrankungsalter	67
4.63	Alter bei erster Klinikaufnahme	69
4.64	Intervall zwischen Erkrankungsbeginn und erster Klinikaufnahme	71
4.65	Zusammenfassung der Geschlechtsdifferenzen	73
4.66	Allgemein kritische Altersphasen	74
4.67	Kindheitssymptome	80
4.68	Prämorbid anankastische Persönlichkeit	84
4.69	Art der Symptomatik	86
4.7	Erfolge therapeutischer Maßnahmen	88
4.71	Psychochirurgie	88
4.72	Psychotherapie	100
4.721	Erfolgreiche Psychotherapie	100
4.722	Erfolglose Psychotherapie	109
4.723	Laufende Psychotherapie	112
4.724	Erfolg der Psychotherapie und prognostisch relevante Kriterien	114
4.8	Besserungsvorgänge	115
5.	BESONDERE VERLAUFSFORMEN DER ZWANGSNEUROSE	117
5.1	Verläufe mit Vorepisoden	117
5.2	Symptomverschiebungen	120
5.3	Zwang und Angst	134
6.	DISKUSSION	140
6.1	Diskussion der Methode	140
6.2	Diskussion der Ergebnisse	144
7.	ZUSAMMENFASSUNG	159
8.	LITERATURVERZEICHNIS	161

1. Einleitung und Problemstellung

Die Zwangsneurose ist eine nicht häufig vorkommende psychiatrische Erkrankung. Weniger als 1 % der Patienten einer Psychiatrischen Klinik und nur etwa 3 % behandelter Neurotiker zeigen dieses Krankheitsbild (HARE, 1972). Trotz der relativen Seltenheit gewinnt die Zwangsneurose besondere Bedeutung durch ihren langwierigen Verlauf und die besonderen therapeutischen Schwierigkeiten. In seiner Arbeit "Hemmung, Symptom und Angst" schrieb FREUD (1926): "Die Zwangsneurose ist wohl das interessanteste und dankbarste Objekt der analytischen Untersuchung, aber noch immer als Problem unbezwungen."

Inzwischen sind viele Überlegungen zum Wesen der Zwangsneurose angestellt und viele Versuche zur Beeinflussung ihres Verlaufes unternommen worden. Doch noch immer kann die Erforschung dieser Störung nicht als abgeschlossen betrachtet werden, zu widersprüchlich sind die Ergebnisse der Katamnesen, insbesondere im Hinblick auf Verlauf und Prognose.

Die Katamnese, wertvolles Instrument des Arztes, um Verlauf und Prognose vorauszubestimmen, erfüllt ihren Zweck nur unter bestimmten Voraussetzungen. Dazu gehört die richtige Klassifizierung einer Erkrankung in einer Gruppe mit gleichem klinischem Bild, gemeinsamer Ätiologie bzw. Pathogenese und ähnlichen epidemiologischen Charakteristika. In der Psychiatrie ist das Erstellen solcher Gruppen wesentlich problematischer als in anderen, laborientierten medizinischen Disziplinen, da hier oft das klinische Bild allein massgebend für die Diagnose ist (GUZE, 1970).

So beklagt KRINGLEN (1970), daß die Katamnesen von Zwangsneurosen wegen unterschiedlicher Auswahlkriterien nicht direkt vergleichbar seien.

Dennoch ist die Katamnese eine wichtige Untersuchungsmethode in der Psychiatrie.

In dieser Arbeit wurde versucht, die Auswahlkriterien denen anderer Autoren anzugleichen, diese streng anzuwenden und zu dokumentieren. Diese Katamnese von 44 Krankheitsverläufen zwangsneurotischer Patienten soll einen Beitrag zur Kenntnis über Verlauf und Prognose der Zwangsneurose leisten.

Auf folgende Fragestellungen wurde besonderen Wert gelegt:

1) Wieviele der Patienten werden symptomfrei, gebessert und ungebessert angetroffen?
2) Welche Rolle spielen Symptomverschiebungen?
3) Welche Beziehung besteht zwischen dem Ergebnis der klinischen Beurteilung bei der Nachuntersuchung und dem Verlauf der Zwangsneurose des einzelnen Patienten?
4) Welche Aussagen können bei der Überprüfung von als prognostisch relevant angesehen Kriterien gemacht werden?

Der Einfluß von psychotherapeutischen und psychochirurgischen Maßnahmen wird festgestellt und erörtert. Es handelt sich bei der vorliegenden Katamnese aber nicht um eine Katamnese nach einer definierten Therapie.

2. Literaturübersicht

Veröffentlichungen, die sich mit Zwang beschäftigten, wurden erstmalig von K. SCHNEIDER (1918) zusammengefaßt. Diese Arbeit wird von de BOOR (1949) ergänzt. 1972 veröffentlicht R. LIESENFELD "Die Lehre vom Zwang", einen an die Arbeit de BOORs anschließenden Sammelbericht über die Jahre 1947 - 1970. Die umfangreiche Literatur über Zwang und Zwangsneurose kann in folgende Gebiete unterteilt werden:

Literatur zur Definition und Abgrenzung, zur Pathogenese, zur Therapie und zum Verlauf.

Im folgenden sollen Veröffentlichungen aufgeführt werden, die zur Erstellung der vorliegenden Arbeit von Bedeutung waren.

2.1 Literatur zur Definition und Abrenzung

Nachdem MORELL 1866 den Zwang vom Wahn abgrenzte, definierte WESTPHAL 1877 Zwangsvorstellungen als nicht affektbedingte, unabweisbare und vom Betroffenen als abnorm oder fremdartig erkannte Bewußtseinsinhalte (zit. nach K. SCHNEIDER, 1939). WESTPHALs Definition wird von K. SCHNEIDER (1939) kritisiert und überarbeitet. Er wehrt sich gegen den Ausschluß des Affektes und insbesondere gegen die Ich-Fremdheit der Gedanken, denen er durchaus Ich-Charakter zuschreibt, wenn auch bei gleichzeitigem Befremden über ihre Unsinnigkeit. Seine "Kerndefinition" des Zwanges lautet: "man spricht von Zwang, wenn jemand Bewußtseinsinhalte nicht verdrängen kann, obschon er sie als unsinnig oder als ohne jeden Grund beherrschend beurteilt." Diese Definition wurde vielen anderen Arbeiten zugrunde gelegt (RÜDIN, 1953; LO, 1967; LEWIS, 1936; INGRAM, 1961).

Die Definition BUMKES von 1936 betont, daß ein Persistieren eines Gedankens durch "normalpsychologische Anlässe der Dominanz

(Stimmung, Gefühlsbetonung, Abschlußunfähigkeit) nicht oder doch nicht ausreichend erklärt wird."

JASPERS (1946) fordert als Voraussetzung für das Entstehen von Zwang ein willkürlich geleitetes Seelenleben, im Gegensatz zu der Stufe des triebhaften Erlebens.

SÜLLWOLD (1973) hält die "üblichen" Definitionen für nicht allgemeinverbindlich genug, z.B. sei die Einsicht in die Unsinnigkeit keinesfalls immer vorhanden, bzw. trete erst bei starkem Leidensdruck ein.

Über die Definition von Zwang und Zwangssymptomen ist man sich weitgehend einig. Was die Bezeichnung der mit solcher Symptomatik einhergehenden Störungen betrifft, herrscht mit Ausnahme der symptomatischen Zwänge, wie sie z.B. im Verlauf von hirnorganischen Erkrankungen und von Psychosen vorkommen, noch keine Übereinkunft. Diagnosen wie Zwangskrankheit, Zwangsneurose, Zwangssyndrom, zwangsneurotische Charakterstruktur und anankastische Psychopathie stehen nebeneinander.

Von FREUD wurde die Zwangsneurose in seinen Arbeiten von 1894/95 als nosographische Einheit dargestellt. LAPLANCHE und PONTALIS (1972) beobachten eine Neigung, den Ausdruck "Zwangskranker"Patienten mit Zwangssymptomen vorzubehalten und bei deren Fehlen von Zwangscharakter oder Zwangsstruktur zu sprechen. DELKESKAMP (1965) sieht darin, daß sich in der deutschen Psychiatrie der Terminus "Zwangskrankheit" mehr durchsetzt, die Einstellung, bei einer schweren Neurose "intuitiv" an eine Psychose zu denken. RÜMKE (1967) schlägt eine Einteilung vor, nach der eine "Zwangsneurose im engeren Sinne" von einem "psychasthenischen Zwangssyndrom", der "anankastischen Persönlichkeit", einem "degenerativen Zwangssyndrom" und einem "malignen Zwangssyndrom=Zwangskrankheit" unterschieden wird. Für eine "Zwangsneurose im engeren Sinne" fordert er als Kriterien anal-sadistische Fixierung und deutliche Anzeichen dafür,

daß die Erscheinung einen Ausdruck verdrängter Triebregung oder Abwehr darstellt. Er hält solche Zwangsneurosen für ungewöhnlich selten. Seiner Einteilung schließt sich LANGEN (1964) an und arbeitet diese Gruppen im Hinblick auf die Indikation verschiedener psychotherapeutischer Maßnahmen weiter aus. Er betont, daß auch bei weitgefaßtem Neurosenbegriff nicht jedes Zwangssymptom ein "neurotisches" wäre. Bei einigen sei die Störung durch Komplexe oder abnorme Erlebniswirkung nicht ausreichend erklärt: "Es muß hierzu vielmehr auch eine "angeborene Strukturanomalie" bzw. eine "Störung des Assoziationsapparates" angenommen werden..". SÜLLWOLD (1973) bedauert die ungenügenden Voraussetzungen zur Klassifikation vergleichbarer Fälle, was insbesondere Therapiekontrollen erschwere und begrüßt die Einteilung von RÜMKE und LANGEN. Sie selbst unterscheidet drei Hauptkategorien: "Zwangssymptome" als akzessorische Störungen bei hirnorganischen oder bei endogenen psychotischen Grundleiden, "Zwangskrankheiten" und "Zwangsneurosen". Die Zwangskrankheit ist gekennzeichnet durch flüchtige psychotische Symptome, ohne daß sich das volle Bild einer Psychose entwikkelt. Die Zwangsneurose wiederum unterteilt sie in reine "Perfektionszwangsneurose", die als Anpassungssyndrom zu verstehen ist, in "Zwangsphobie" bei der die Zwangshandlung als angstreduzierende Vermeidungsreaktion sekundär entsteht, und in "primäre Zwangsvorstellung", die durch sekundäre Furcht vor Kontrollverlust zu Vermeidungsreaktionen führt.

Grundsätzlich ist hierzu zu sagen, daß eine Diagnose immer nur im Hinblick auf ein bestimmtes Ziel gestellt werden kann, in erster Linie, um die richtige Indikation für eine Therapie zu finden. Zu diesem Zweck ist es notwendig, eine sehr genaue Beschreibung des Krankheitsbildes des Individualfalles vorzunehmen. Zum Vergleich größerer Patientengruppen ist jedoch eine notgedrungen vom Einzelfall abstrahierte, schematisierte Diagnose Voraussetzung. Teil der Diagnose ist aber auch die Ätiologie bzw. die von den unterschiedlichsten, theoretischen Prämissen abhängige Genese. Daher ist es unvermeidlich, daß die Diagnose

das jeweilige Credo des Diagnostikers mit enthält.

Ein Beispiel findet sich hierzu bei HELMCHEN et al. (1973) in einem Bericht über ein Seminar zur "Klassifikation neurotischer und psychosomatischer Störungen" im Rahmen eines WHO-Programms. Unter den von namhaften Psychiatern aus vielen Ländern zu klassifizierenden Krankengeschichten befand sich auch die eines Mannes mit einer langen Anamnese verschiedener Sauberkeitszwänge, der viele Jahre stationär in einer Psychiatrischen Klinik behandelt wurde. Diese Erkrankung wurde von 2 Psychiatern als "pseudoneurotische Schizophrenie", von 17 als Zwangsneurose und von je einem Psychiater als "depressive Neurose" bzw. anankastische Persönlichkeit" eingeordnet.

BLEULER (1943) versucht, den Zwang als Symptom endgültig der schizophrenen Psychose zu zuschreiben. Er führt die Zwangsphänomene im Rahmen der "akzessorischen Schizophreniesymptome" an. PILCZ (1922) unterscheidet zwischen Zwangsneurose und symptomatischen Zwangsvorstellungen im Verlauf einer Psychose.

Mit Vorkommen von Zwangssymptomen bei Schizophrenie, insbesondere zu Beginn der Erkrankung, beschäftigte sich STENGEL (1945). Er erklärt den Zwang als Barriere gegen Triebregungen, die dann in der Psychose unverhüllt aufbrechen. Die kurzen Zwangsprodromi stellen einen improvisierten Abwehrmechanismus dar. Einen lange bestehenden Zwang sieht er daher als ein Zeichen eines guten Abwehrsystems an, das den Verlauf der Psychose günstig beeinflußt. Er stellt fest, daß Zwangssymptome um Monate bis zu zwei Jahren Schizophreniesymptomen vorausgehen können. In gelegentlich periodischem Auftreten und dem regelmäßigen Vorhandensein von Depressionen sieht BONHOEFFER (1913) einen Beweis für die Koppelung der Zwangsvorstellungen mit dem manisch-depressiven Formenkreis. Während HEILBRONNER (1912) und STÖCKER (1914) ähnliche Ansichten vertreten, lehnen BUMKE und KRAEPELIN

(1928) diese enge Beziehung ab. K. SCHNEIDER (Zit. n.de BOOR, 1949)weist darauf hin, daß in den zyklothym-depressiven Phasen auch bei sonst nicht anankastischen Menschen Zwänge auftreten können und Zwangszustände bei Psychopathen gelegentlich auch periodisch auftreten. Ch. MÜLLER (1957), der in 11 von 57 Fällen einen episodischen Verlauf fand, neigt einerseits dazu, die subjektiven Auffassungen der Patienten zu teilen, die diese Schwankungen mit äußerlichem Geschehen in Beziehung setzen, in anderen Fällen nimmt er ein Ersetzen des Zwangs durch andere Symptome an. QUINT (1971) sieht keinen Zusammenhang zwischen Zwangssymptom und Zyklothymie und interpretiert die Depressionen der Zwangsneurotiker als eine Reaktion auf ihre quälende Symptomatik. KENDELL et al. (1970) finden Zwangssymptome bei neurotischer und psychotischer Depression gleich weit verbreitet, dagegen nicht bei Manie. Sie finden Anhaltspunkte dafür, daß Personen mit zwangsneurotischer Charakterstruktur besonders zu Depressionen neigen.

Ein ebenfalls uneinheitlich gehandhabtes Problem ist die Abgrenzung zu phobischen Symptomen. Phobien und Zwangsvorstellungen gemeinsam ist die Transposition des Affektes; FREUD (1895 a) unterscheidet dabei jedoch Phobien, die der Angstneurose und solche die der Zwangsneurose zu zuordnen sind. Erstere zeichnen sich durch den immer gleichen, nicht weiter reduzierbaren und offen zu Tage tretenden Affekt aus, während bei Zwangsvorstellungen der Affekt auch Zweifel, Gewissensbisse oder Wut sein kann (FREUD, 1895 b).

Eine der Angstneurose zuzuordnende Phobie ist z.B. die Agoraphobie (FREUD, 1917). Während bei der Zwangsneurose die Angst des Ich vor dem Über-Ich den Motor der Symptombildung darstellt, ist es bei der Phobie direkt die Angst vor der Kastrationsdrohung. Ist bei der Zwangsneurose die Gefahr verinnerlicht, so ist sie bei der Phobie projeziert (FREUD, 1926). ALEXANDER (1927) unterscheidet,daß bei der Phobie unbewußte Regungen trotz Verhüllung Angst erregen, während bei der Zwangsneurose unbewußte, verpönte Regungen ins Bewußtsein treten können. Die phobische Hemmung

sei nur eine halbe, unvollständige Neurose, da es dem Phobiker nicht gelingt, durch Symptome die Angst zu mildern. FRANKL (1953) stellt fest: "Die Furcht vor der Angst führt zur Flucht vor der Angst und die Angst vor dem Zwang zum Kampf gegen den Zwang." QUINT (1971) betont, daß obwohl die Zwangsvorstellung oft als "Befürchtung daß..." artikuliert wird, diese Befürchtung aber die subjektive Reaktion auf eine Zwangsvorstellung sei.

LEONHARD (zit. nach I. MÜLLER, 1970) begreift die Phobie und die Zwangsneurose als graduellen Unterschied, wobei die Phobie weniger persönlichkeitsbedingt sei und weniger in das Gesamtverhalten eingreife. Die Psychiater Nordamerikas haben sich 1952 auf eine Trennung von Zwangsneurosen und Phobien geeinigt (zit. nach I.MÜLLER, 1970). Dagegen werden insbesonders von skandinavischen Autoren (KAILA, 1949; KRINGLEN, 1970; BALESLEV-OLESEN und GEERT-JØRGENSEN, 1959) in den vorliegenden katamnestischen Untersuchungen zur Zwangsneurose auch Patienten mit Phobien in die Untersuchungsgruppen mit aufgenommen.

A. FREUD (zit. nach SILVERMAN, 1972) unterscheidet vom Zwang diejenigen Mechanismen, die das Verhalten Süchtiger und vieler Delinquenten bestimmen, deren "Zwanghaftigkeit" ihren Ursprung nicht im Ich sondern in einem starken Drang des Es finden.

2.2 Literatur zur Pathogenese

Nach der Abgrenzung des Zwangsdenkens vom Wahn stand in der Diskussion um die Pathogenese des Zwangdenkens die Theorie der "primären Denkstörung" - vertreten von WESTPHAL, BUMKE, WERNICKE, CRAMER und andern - gegen die Theorie der "primären Affektstörung", die von ASCHAFFENBURG, KRAEPELIN, STÖCKER und SCHNEIDER vertreten wurde.

CRAMER stellte diese Denkstörung als Assoziationsschwäche dar, die zu inkohärenten Gedankengängen führt, und BUMKE sah eine formale Störung des Gedankenganges als wesentlich an. Nach

KRAEPELIN gedeihen Zwangsvorstellungen nur bei deutlich ängstlich gefärbter Gemütslage. Als gemeinsame Störung, die allen Zwangsvorgängen zugrunde liegt, bezeichnete er die Angst: "Auch dort, wo der Inhalt von Zwangsvorstellungen anscheinend ein Gleichgültiger ist, liegen ihnen lebhaft betonte Gefühlsbedürfnisse zugrunde, die sich gegen die verstandesmäßige Überlegung behaupten" (zit. nach K. SCHNEIDER, 1918). I. MÜLLER (1970) sieht in diesem Streit die Folge einer begrifflichen Unschärfe, da sowohl monomane Triebhandlungen, Zwangsdenken bei Blickkrämpfen und das Fortklingen einer Melodie mit unter dem Begriff "Zwang" geführt werden.

Die Kontroverse wurde durch die psychoanalytische Betrachtungsweise FREUDs überwunden. Der dynamische Zusammenhang zwischen Störungen im Denkbereich und Affektstörungen wurde aufgedeckt und damit auch der Sinn der Symptome ersichtlich. Auf die Entwicklung der psychoanalytischen Forschung zur Zwangsneurose wird später noch näher eingegangen.

Wie bei anderen psychischen Störungen richtete sich auch bei der Zwangsneurose das Interesse auf den möglichen Nachweis einer genetischen Disposition, die jedoch hier schwer von Umweltfaktoren abzugrenzen ist.

So findet RÜDIN (1953) bei einem Untersuchungsgut von 130 Patienten eine leichte Häufung von Psychosen in der Verwandtschaft und einen erhöhten Anteil psychisch auffälliger Eltern. Aus ihren Ergebnissen zieht sie den Schluß, daß die Fähigkeit, mit Zwangserscheinungen zu reagieren, ein Merkmal ist, daß in kontinuierlicher Variation in der Bevölkerung verteilt ist und sich polygen vererbt. Weitere Faktoren vermutet sie in der Persönlichkeit und in der Gesamtkonstitution. Auch BALESLEV-OLESEN und GEERT-JØRGENSEN (1959) finden bei zwei Dritteln ihrer Patienten (62) eine hereditäre Belastung und schließen aus dem frühen Auftreten von Zwangssymptomen in dieser Gruppe auf einen konstitutionellen Faktor. Dagegen kann ROSENBERG (1967) kein erhöhtes Vorkommen von neurotischen Charakterzügen und psychischen

Erkrankungen in den Familien von 144 Zwangskranken feststellen. Daß die genannte familiäre Häufung eher durch Symptomtradition denn durch echte Vererbung zustande kommt, vermutet Ch. MÜLLER, (1957). Dieser Vorstellung widerspricht aber NEUMÄRKER, (1970). Er sieht "bestimmte Kombinationen von anankastischer Persönlichkeit mit einem begünstigenden (cyclothymen oder subdepressiven) Temperament" als entscheidend für die Entstehung einer Zwangsneurose an. Einer gängelnden Erziehung spricht er einen fördernden Einfluß zu, ebenso einer übertrieben religiös ausgerichteten Erziehung. Auch KRINGLEN (1965) findet, daß alle seine Patienten in streng puritanischen Verhältnissen,Verhältnissen mit starkem Drängen auf Redlichkeit und Sauberkeit,erzogen wurden.

Eine andere Forschungsrichtung zur Pathogenese der Zwangsneurose stützt sich auf die Erkenntnisse PAWLOWs, der die Zwangsvorstellung als durch angestaute, inerte Erregungen bedingt auffaßt. Ein stark affektbetontes Ereignis führt auf der Grundlage eines schwachen Nervensystems zu einer Fixierung und zu einer gestauten Erregung. Entsprechend dem Mechanismus des bedingten Reflexes kann der resultierende Zustand später auch durch andere Reize ausgelöst werden (zit. nach "Psychiatrie der Gegenwart" I, 1967).

Darauf aufbauend sieht WOLPE (1952) die neurotische Reaktion als erlernte, angepaßte Reaktion - als pathologischen Reflex an. EYSENCK und RACHMANN (1973) beschreiben die Bedingungen, unter denen sich im Tierexperiment ein "Zwangsverhalten" entwickeln kann: "Konflikt - schwere oder dauernde Bestrafung - zufällig verteilte Strafen - partielle Bekräftigung." Die Ausführung einer Zwangshandlung vermindert die Angst und bekräftigt sich dadurch selbst. So können sich"als Folge zufällig entstandener Assoziation zwischen rituellen Handlungen und Angstreduktion" Rituale entwickeln, wie es auch SKINNER (1948) aus seinem berühmten Versuch mit Tauben schließt: der "Aberglaube", eine zufällig ausgeführte Bewegung habe die Fütterung aus dem (automatisch arbeitenden) Futterspender erwirkt, führt zu einer

rituellen Wiederholung dieser Bewegung. Die Übertragung dieser Tierexperimente ist unvereinbar mit der definitorischen Forderung von JASPERS (1946): Zwang kann nur "auf der Stufe willkürlich geleiteten Seelenlebens und nicht auf der des triebhaften Erlebens" auftreten.

SÜLLWOLD (1973) weist auf die kognitive Dimension der Persönlichkeit von Anankasten hin. Sie vermutet, daß Unterschiede des individuellen Aufmerksamkeitsstiles eine Rolle spielen, der wiederum vom Erregungsniveau und dessen Konstanz abhängt. Die größere Störbarkeit durch Nebenstimulation, die mit dem stärkeren Wachheitsgrad verbunden ist, interferiert leicht mit konzentriertem Arbeiten und führt zu vermehrten Nachkontrollen. Außerdem scheint die "prospektive Intelligenz" besonders ausgeprägt zu sein, mit deren Hilfe Handlungskonsequenzen antizipiert werden, was letztlich zu Vermeidungsreaktionen führt. Nach BJARSCHs (1972) kybernetischer Betrachtungsweise sind Zwänge auf ein Versagen intrapsychischer Regelungen zurückzuführen: Ursache ist ein "Ungleichgewicht zu Gunsten der (afferenten) Fühlgliedseite und zu Ungunsten der (efferenten) Stellgliedseite."

Ein Modell einer kybernetischen Störung im Sinne eines anankastischen Syndroms stellt LEM (1973) in seiner Erzählung "Ananke" im Versagen eines von einem Zwangsneurotiker programmierten Elektronengehirns sehr eindringlich dar.

VON DITFURTH (1953) vermutet bei der Zwangskrankheit diencephale Funktionsstörungen und findet Unterstützung für seine These durch die Überprüfung der Reaktion des Blutzuckerspiegels auf Insulin und Adrenalin bei Zwangskranken. Er bezeichnet die Zwangskrankheit als "diagnostisch besonders scharf umrissenes und in seiner klinischen Beurteilung allgemein in gleicher Weise beurteiltes psychiatrisches Krankheitsbild", ohne jedoch selbst diese "scharfe Umreissung" anzuführen.

Die anthropologisch-phänomenologische Betrachtungsweise stellt die "Welt des Zwangskranken" in den Mittelpunkt und erklärt den Zwang als eine Störung der personalen Selbstverwirklichung durch "Werdensstagnation" (v. GEBSATTEL, 1938) bzw. "existentielle Isolierung" (STRAUS, 1938). Zu den Arbeiten v. GEBSATTELs schreibt de BOOR (1949): "Er gibt eine Strukturanalyse zwangskranker Menschen und versucht, die Eigenart ihrer Welt aus ihrer inneren Logik heraus zu interpretieren. Die klinische Bedeutung dieser Studien steht in einem gewissen Gegensatz zu ihrem philosophisch-literarischen Wert." I. MÜLLER (1970) sieht sich außerstande, mit eigenen Worten wiederzugeben, was v. GEBSATTEL meint und vermutet, daß es anderen ähnlich geht: "Denn wenn die Auffassung v. GEBSATTELs zur Sprache kommt, wird regelmäßig weniger referiert als vielmehr zitiert."

Mit der allgemeinen Weiterentwicklung der analytischen Forschung wurde auch das Konzept über die Entstehungsbedingungen der Zwangsneurose weiter bearbeitet. FREUD (1926) sah als Basis des Zwangssymptoms einen Triebkonflikt, dessen besonderes Kennzeichen die anal-erotische Triebkomponente ist. Die Symptome stellen Abwehr und entstellte Triebbefriedigung zugleich dar: "Ein Zeugnis für die Macht der Ambivalenz, die, wir wissen nicht warum, in der Zwangsneurose eine so große Rolle spielt." Besondere Abwehrmechanismen sind Isolation, Ungeschehen-Machen und Charakterbildung. Als Motor der Abwehr erkennt FREUD den Kastrationskomplex und als das Abgewehrte die Strebungen des Ödipuskomplexes. Gekennzeichnet ist die Zwangsneurose durch eine verinnerlichte sado-masochistische Beziehung, mit starker Spannung zwischen dem Ich und einem besonders grausamen Über-Ich.

SCHULTZ-HENCKE (1970) erweitert die psychoanalytische Interpretation, indem er den Akzent mehr auf Strukturentwicklungen verlegt. Wird die Phase der motorischen Entfaltung des Kleinkindes gestört, so ergibt sich eine Latenz der motorischen Aggression, die Bereitschaft zum Handeln wird behindert. Die Zwangserscheinung stellt ein Sprengstück des ehemals voll er-

lebten und jetzt partiell verdrängten Antriebserlebens dar. Etwaige Durchbrüche tragen dranghaft-motorischen Charakter. Als mögliche Ursache für eine Chronifizierung von Zwangssymptomen sieht er auch in der Ausbildung mechanischer Gewohnheiten, woran bedingte Reflexe beteiligt sind. Ein übendes Verfahren sei jedoch nicht ohne Bedacht anzuwenden, wobei im Einzelfall vorab der Anteil dieses Mechanismus an der Chronifizierung zu bestimmen sei.

Härte, Strenge und moralisierende Tendenzen bei gleichzeitig vorgelebter Willkür führen nach SCHWIDDER (1954/55) bei einem 2-5-jährigen Kind zu einer Hemmung motorisch aggressiver Bedürfnisse mit starken Schuldgefühlen. Er stellt der Möglichkeit, daß primär-organische Störungen des extrapyramidalen Systems das Entstehen einer Zwangsneurose begünstigen, die These gegenüber, "daß die dauernde funktionelle Beanspruchung zentralnervöser Regulationen durch fortwährende Unterdrückung motorisch-aggressiver Impulse mit der Hemmungswirkung der Großhirnrinde in einem längeren Zeitraum auch tiefgreifende Schädigungen in den Stammganglien hervorruft." DÜHRSSEN (1954) berichtet über die Entstehung von Zwangsneurosen in der Kindheit. Die früheste sprachliche Mitteilung von Zwangserleben hält sie im 6. - 7. Lebensjahr für möglich, zu einem früheren Zeitpunkt fehle dem Kind der Grad der Bewußtheit und auch die Fähigkeit zur sprachlichen Formulierung. Außerdem neige das jüngere Kind noch dazu, Zwangserlebnisse magisch zu interpretieren. Nach ihrer Arbeitshypothese ist die Zwangskrankheit Folge eines Entwicklungsschadens im 2. - 3. Lebensjahr. Übermäßige Strafreize können die in dieser Phase anstehende Reifung der freiheitlichen Steuerung von Erlebensabläufen unterbinden. Die Zwangssymptome charakterisieren sie als einen eigengesetzlichen Erlebnisstrom, der die aktiven und frei gesteuerten Erlebnisvollzüge überströmt.

QUINT (1971) stellt fest, daß ein gesundes motorisch-aggressives Antriebserleben es ermöglicht, entschlossen, entscheidungsfähig und unbeirrt eine Sache auch durchzuführen. Der Zwangsneurotiker hat zwar im Gegensatz zum Depressiven Handlungsan-

trieb, er wird jedoch von Zweifeln und Unzulänglichkeitsgefühlen geplagt und es fehlt ihm die Gewißheit, eine Handlung erfolgreich abgeschlossen zu haben. Die ordnenden oder säubernden Handlungen, die eine Abwehr gegen "Schmutz", Sünde" und Aggressivität darstellen, sind von einem so starken Gegenimpuls begleitet, daß der Patient nach seiner Handlung nicht mehr weiß, was und wie er etwas getan hat. Die Handlungsunsicherheit zwingt zur Wiederholung. Der Glaube an die Allmacht der Gedanken, der sich sonst nach dem 2. - 3. Lebensjahr durch erprobende Umweltbewältigung verliert, persistiert durch deren Hemmung.

2.3 Literatur zur Therapie

Bei der medikamentösen Therapie der Zwangsneurose finden unzählige Pharmaka Anwendung. Zahlreich sind auch entsprechende Veröffentlichungen. Sie reichen von Berichten über eine günstige Wirkung von Ascorbinsäure (REIFENBERG, 1953) über eine Atropintherapie (KOROLENKO, 1971) bis zu verschiedenen Psychopharmaka, wie z.B. Benodiazepine (OKUMA, 1971; Di PERRI, 1972; GRATTAROLA, 1973) und Sulpiride (SEMANDENI, 1971; H'EBERT BOURGEOIS, 1973). Psychopharmaka beeinflussen zwar das Verhalten der Patienten und die Depressivität, aber nur kaum die Symptomatik und dies schon gar nicht über die Dauer der Verabreichung hinaus (QUINT, 1971). Zur Unterstützung von Psychotherapie (DAVIES, 1961) oder von Verhaltenstherapie (RACHMANN, 1971) kann eine Psychopharmakatherapie jedoch eine nützliche Unterstützung sein.

Über recht gute Erfolge mit psychochirurgischen Eingriffen berichtet INGRAM (1961). In seinem Untersuchungsgut von 89 Patienten waren 18 mit präfrontaler Leukotomie behandelt worden. Davon erfuhren 56 % (10 der Patienten) eine Besserung der Symptomatik, während nur 39 % der nichtleukotomierten Patienten

eine Besserung der Symptomatik zur Zeit der Katamnese-untersuchung boten. Beim Vergleich der Arbeitsfähigkeit beider Gruppen erwies sich dieser Unterschied jedoch nicht mehr als signifikant. BALESLEV-OLESEN und GEERT-JØRGENSEN (1959) berichten, daß von ihren 62 Nachuntersuchten 10 leukotomiert waren, wovon bei 8 Patienten zufriedenstellende Ergebnisse erzielt wurden, bei 2 Patienten war die Operation erfolglos. Eine größere Gruppe Leukotomierter untersuchte POLLITT (1957). 33 seiner 101 Nachuntersuchten unterzogen sich dieser Operation. Zum Zeitpunkt der Katamneseerhebung waren davon 15 symptomfrei, 13 gebessert und 5 in unverändertem oder schlechterem Zustand. PARTRIDGE (1950) fand, daß eine noch variable Symptomatik prognostisch günstiger für eine Leukotomie ist, während stark eingeschliffene Rituale schlechtere Operationsergebnisse erwarten lassen.

KELLY et al. (1973) empfehlen als psychiatrische Nachsorge, den Operierten von seinen Zwangshandlungen abzuhalten und die Entwicklung neuer Verhaltensmuster zu unterstützen. DÜHRSSEN (1951) berichtet über die psychotherapeutische Nachbehandlung von 6 leukotomierten Zwangskranken. Sie stellt fest, daß die Patienten nach der Operation wesentlich leichteren Zugang zu den eigenen tieferliegenden Affekten haben als zuvor, und empfiehlt diesen Umstand in einem modifizierten, psychotherapeutischen Verfahren zu nutzen, wobei mehr Reizdeutungen als sonst bei Zwangsneurotikern verwendet werden.

J.H. SCHULTZ (1966) macht eine Mitteilung über einen Fall der erfolgreichen Kombination von Lobotomie und autogenem Training. GERZ (1966) schreibt über Erfolge im Rahmen der logotherapeutischen Technik mit paradoxer Intention (nach V. FRANKL) als Ergänzung zu einer dynamischen Therapie. Persuasion wird von den Patienten von BALESLEV-OLESEN und GEERT-JØRGENSEN (1959) als hilfreich beurteilt, insbesondere in wiederholter und schriftlicher Form.

Über die Schwierigkeiten der Psychoanalyse bei Zwangsneuroti-

kern schreibt FENICHEL (1931) in seinem Buch "Hysterien und Zwangsneurosen". Er führt fünf Punkte an, die die Analyse komplizieren, u.a., daß die Isolierung bewußter Ich-Anteile das Erleben der Deutung verhindert und daß der Patient nur schwer frei assoziieren kann.

An einem Beispiel berichtet DÜHRSSEN (1972) über erfolgreiche Behandlung von Patienten mit zwangsneurotischer Charakterstruktur und Zwangssymptomen mit analytisch orientierter, dynamischer Therapie. Das Verfahren kommt dem zwangsneurotischen Patienten insofern entgegen, als keine freie Assoziation gefordert wird. Der beschriebene Patient macht seine Äußerungen umständlich und mit vielen Wiederholungen und Schachtelsätzen und - nach Meinung der Therapeutin - hat, zum freien Einfall aufgefordert, "die Stunden mit langatmigen und nichtssagenden Berichten gefüllt". Dies stellt praktisch eine Kontraindikation für das analytische Standardverfahren dar; im Rahmen der dynamischen Psychotherapie ist es jedoch möglich, derartige Äußerungen zu unterbrechen und zu interpretieren. Die Indikation erfordert aber eine "Umstellungsfähigkeit", die "Mobilität der psychischen Struktur". Es ist aber zu erwarten, daß diese von DÜHRSSEN geforderte Eigenschaft wegen der starken Reaktionsbildung bei vielen Zwangsneurotikern nicht vorausgesetzt werden kann.

SCHWARTZ (1972) erkennt in einer psychoanalytischen Gruppentherapie die optimale Behandlung für Zwangsneurotiker und sieht dabei unter vielem anderen den Vorzug, daß nicht der Therapeut, sondern die Mitpatienten gewundene und sich zwanghaft wiederholende Sequenzen aufbrechen und die Gruppe gleichzeitig andere Verhaltensmodelle anbietet.

SUESS (1972) will in einer Kurzeittherapie das Augenmerk mehr auf die derzeitige Gefühlswelt der Patienten lenken und ihnen die Bedeutung ihres gestörten Verhaltens nahebringen, als dessen genetischen Ursprung . SCHWIDDER (1954/55), der wie u.a. auch

SCHULTZ-HENCKE und QUINT der Hemmung motorisch-aggressiver Bedürfnisse bei der Entstehung der Zwangsneurose erhebliche Bedeutung beimißt, wirft die Frage auf, ob nicht bei schweren Neurosen "eine Betätigung aggressiver Motorik und Willkür übergangsmäßig und in möglichst kontrollierbarer Form planmäßig provoziert werden sollte". Ähnlich QUINT (1971),der Räume schaffen will, in denen der Zwangsneurotiker die Erfahrung machen kann, daß sein Handlungsimpuls nicht abgelehnt wird. Dabei darf der Patient nicht gezwungen sein, da ihn die Gefügigkeit gegenüber dem Therapeuten dann der Verantwortung enthebt und die Auseinandersetzung mit den Schuldgefühlen nicht zustande kommt. Er erläutert sein Konzept an der Behandlung von 11 Patienten.

Eine Indikation für Musikanwendung im Rahmen klinischer Psychotherapie bei Patienten mit zwangsneurotischer Charakterstruktur sieht GELLER (1973) im Hinblick auf die bestehende Aggressionsgehemmtheit. Musikmalen (Fingermalen) hilft bei der Überwindung von Ekelgefühlen vor dem Material und ermöglicht Übenden Umgang mit der freien Phantasie, während aktives Musizieren zur spielerischen Einübung lebendig expansiver Impulse dient.

SCHULTZ-HENCKE (1970) schlägt in Anbetracht der oben erwähnten Chronifizierungsmechanismen die Ergänzung eines analytisch-psychotherapeutischen Verfahrens durch ein pragmatisch-übendes vor.

In den letzten Jahren werden zunehmend Berichte über verhaltenstherapeutische Verfahren und deren Ergebnisse veröffentlicht.

Entsprechend der Annahme, daß Zwangsrituale zur Minderung von Angstzuständen dienen, wird die systematische Desensibilisierung zur Reduktion dieser Angst angewandt. FURST et al. (1970) berichten über zwei Fälle, in denen dies Verfahren mißlich

glückte, und diskutierten als Ursache des Versagens, daß das Verbleiben der Patienten in der häuslichen Umgebung mit den angstauslösenden Stimuli die in der Vorstellung im Sprechzimmer erreichten Fortschritte zunichte macht. GERLINGHOFF et al. (1972) vermuten anläßlich eines ähnlichen Falles, daß das Meidungsverhalten des Patienten so ausgeprägt sein kann, daß ihm eine Visualisierung nicht gelingt. Die Individualtherapie nach LEONHARD strebt die Beseitigung der Ängste an dem Ort an, an dem sie auftreten (I. MÜLLER, 1970). Eine kontrollierte Untersuchung von COOPER et al. (1965) zeigt ein eher schlechteres Ergebnis bei in der Vorstellung und in vivo desensibilisierten Patienten als bei der Kontrollgruppe (zit. nach DILLING et al., 1971). DILLING et al. (1971) äußern den Eindruck, daß Desensibilisierungsmethoden bei Zwangsneurosen weniger wirksam seien als bei Phobien.

Andere bei Zwangsneurosen angewandte verhaltenstherapeutische Verfahren sind Vermeidenslernen = Aversionsbehandlung, negatives Üben = Sättigung sowie psychomotorische oder verbale Hemmung = Gedankensperre. Letzteres kann auch bei reinen Zwangsvorstellungen Anwendung finden, indem der Patient aufgefordert wird, seine Vorstellung zu verbalisieren und hierbei durch ein Signal unterbrochen wird (EYSENCK und RACHMANN, 1973). Eine andere, von RACHMANN (1971 a) vorgestellte Methode, Grübelzwänge zu therapieren, beruht auf der Annahme, daß Grübelzwänge schädigende Stimuli sind, an die sich der Patient nicht gewöhnen kann. Ein Gewöhnungstraining kann in häufiger, abgestufter Beschäftigung mit dem Gedanken bestehen, während gleichzeitig Vergewisserungen und Kontrollen, die durch die kurzfristige Erleichterung, die sie dem Patienten bringen, als Verstärker dienen, verhindert werden. Gleichzeitig muß eine depressive Stimmungslage medikamentös beseitigt werden, da störende Gedanken und depressive Stimmungslage sich gegenseitig im Sinne einer Verschlechterung beeinflussen. In kontrollierten Untersuchungen von RACHMANN et al. (1971 b) und HODGSON et al. (1972) werden einmal 10 Patienten mit Zwangshandlungen mit "modelling"

bzw. "flooding" in vivo behandelt, wobei kein Unterschied der Methoden feststellbar ist, wohl aber zu der Kontrollgruppe, die mit Entspannungsübungen behandelt wird. Dieses Ergebnis führt zu der Annahme, daß beide Methoden gemeinsam angewandt zu einem schnelleren und besseren Ergebnis führen könnten. Ein Versuch, 5 Patienten mit dieser Kombination von "modelling-flooding" in vivo und Reaktionsverhütung zu behandeln, verläuft ebenfalls erfolgreich. Die Besserung übertrifft auch in diesem Fall die der Kontrollgruppe, ist jedoch nur unwesentlich größer als die mit einer der beiden Methoden erzielte. Die Besserung hält bis zu einer Katamnese nach 6 Monaten an.

MATHER (1970) stellt ein Entscheidungs- und Diskriminationstraining vor, im Verlauf dessen die dem Zwangsneurotiker unlösbar erscheinenden Situationen lösbar gemacht werden und durch Konfrontation in vivo Unterscheidung und Entscheidung gefordert und verstärkt werden.

NOONAN (1971) findet, daß weder dynamische (insight) noch verhaltenstherapeutische Ansätze bei der Behandlung von Zwangsreaktionen überzeugend sind und erwägt, ob dies an den praktisch extrem entgegengesetzten Positionen der Ansätze liegt. Er schildert eine mit der Methode der induzierten Angst ("induced anxiety" nach SIPIRELLE) erzielte Besserung nach 7 Sitzungen, die 20 Monate nach Beendigung der Therapie noch fortschritt. Die Methode stellt eine Synthese von dynamischer und verhaltensorientierter Therapie dar, wobei einerseits der Affekt induziert, erlebt und interpretiert und andererseits desensibilisiert wird.

Mit begrenztem Erfolg wird Elektrokonvulsivtherapie bei Zwangsneurosen angewandt. GRIMSHAW (1965) findet in seiner Katamnesegruppe, daß 16 von 31 mit EKT behandelten Patienten eine Besserung erfuhren. RUBIN et al. (zit. nach GRUBER, 1971) fordern ihre Patienten zum Ausagieren ihrer Symptomatik auf, verabreichen dann Succinylcholin und EKT, danach Penthatol. Es treten

nach einmaliger Anwendung Besserungen für 3 Monate bis 3 Jahre auf. Den Erfolg erklärt GRUBER einmal mit der durch EKT hervorgerufenen retrograden Amnesie. Betrifft diese einen Zeitraum, in dem der Patient gerade mit seinem Fehlverhalten beschäftigt ist, wird dieses gelöscht. Zum anderen kann EKT in Zusammenhang mit dem konditionierten Stimulus eine Aversivtherapie darstellen, wobei entweder die Nebenwirkungen der EKT selbst, oder die Succinylcholingabe als unkonditionierter Stimulus wirken. Die Narkose einerseits verstärkt die retrograde Amnesie, andererseits hilft sie, den Lerneffekt zu generalisieren, da der Patient den unkonditionierten Stimulus nicht mit der Umgebung verbindet, in der er ihn erhielt.

2.4 Literatur zu Verlauf und Prognose

Der Verlauf der Zwangsneurose ist Gegenstand der katamnestischen Literatur. Über einen Zeitraum bis zu 5 Jahren wurden Katamnesen von LEWIS (1936), INGRAM (1961), POLLITT (1957) und LO (1967) und über eine Zeit von mehr als 5 Jahren von RÜDIN (1953), CH. MÜLLER (1953 a, 1953 b und 1957), BALESLEV-OLESEN und GEERT-JØRGENSEN (1959), GRIMSHAW (1965), DELKESKAMP (1965), KRINGLEN (1965 und 1970) und LO (1967) erhoben. Diese Untersuchungen haben vorwiegend zum Ziel, Kriterien zur Prognosestellung zu erarbeiten und zu überprüfen.

1.) Kriterium Geschlecht der Patienten

BAUMEYER (1962) findet bei 500 neurotischen Patienten, daß 24 % der männlichen Patienten eine rein zwangsneurotische Charakterstruktur aufweisen, dagegen aber nur 4 % der weiblichen Patienten. Unter 672 großen Analysen verzeichnet DÜHRSSEN (1951) 39 Patienten mit zwangsneurotischer Charakterstruktur, diese entsprechen 4 % der behandelten Frauen und 9 % der Männer. Diesen Unterschied erklärt sie mit dem stärkeren Antriebsüberschuß und motorischen Betätigungsdrang des Mannes, der daher

eher in Gefahr gerät, mit einer restriktiven Umwelt in Konflikt zu geraten. Auch FREUD (1896) fand, daß die Zwangsneurose eine größere Affinität zur Männlichkeit habe. Er begründet dies damit, daß "die Zwangsvorstellungen bei der Analyse regelmäßig als verkappte und verwandelte Vorwürfe wegen sexueller Aggression im Kindesalter zu entlarven sind, daß sie darum bei Männern häufiger gefunden werden als bei Frauen...".

Ein Überwiegen männlicher Patienten finden HASTINGS (1958) mit 52 %, CH. MÜLLER (1953 a) mit 65 % und LO (1967) mit 73 % Anteil an den untersuchten Patientengruppen. LO, dessen Untersuchung in Honkong stattfand, macht für diesen großen Unterschied der Geschlechter einen kulturellen Faktor verantwortlich. Ein Überwiegen der Frauen bis zu 67 % Anteil an den Patientengruppen findet jedoch die Mehrzahl der Autoren (RÜDIN, 1953; POLLITT, 1957; KRINGLEN, 1965 und 1970; HARE, 1972; INGRAM, 1961; BALESLEV-OLESEN und GEERT-JØRGENSEN, 1959). INGRAM verweist dabei auf ein Überwiegen der Betten für weibliche Patienten in seiner Klinik. Er errechnet aus seinen und anderen Werten von 5 Autoren eine durchschnittliche Inzidenz von 52 % und stellt fest, daß mit zunehmender Gesamtzahl der Gruppe die Geschlechtsverteilung der Patienten annähernd gleich ist. Daß das Geschlecht von Einfluß auf die Prognose ist, wird von INGRAM (1961), von LO (1967) und von KRINGLEN (1970) verneint. KRINGLEN findet die Tendenz, daß Männer zwischen dem 25. und 35. Lebensjahr, Frauen zwischen dem 35. und 45. Lebensjahr eine Besserung erleben und daß sich das Erkrankungsalter der Männer gleichmäßig bis zum 40. Lebensjahr verteilt, während Frauen in der Mehrzahl das 10. bis 30. Lebensjahr als Erkrankungsalter angeben. POLLITT (1957) gibt für Männer ein mittleres Erkrankungsalter von 20 und für Frauen von 21,5 Jahren an.

Auch HARE (1972) findet, daß Männer etwas früher und gleichmäßiger verteilt zwischen 16 und 39 Jahren, Frauen dagegen zwischen 30 und 40 Jahren leicht gehäuft zur Aufnahme kommen.

2.) Kriterium Familienstand

Der Familienstand der Probanden HARÊS (1972) zeigt eine starke Diskrepanz der Geschlechter: 51 % der Männer sind ledig, gegenüber nur 28 % der Frauen, die ledig sind. Dieses Ergebnis, wie es ähnlich auch von INGRAM (1961) (68 % : 40 %) berichtet wird, erklärt der Autor einmal mit dem kulturell bedingten höheren Heiratsalter der Männer, andererseits mit der Erfordernis einer stärkeren Initiative des männlichen Partners bei der Eheschliessung. Scheidung findet er bei 8 % der verheirateten Männer und bei 5 % der verheirateten Frauen, seltener als bei anderen Neurosen und bei Schizophrenie. Auch BALESLEV-OLESEN und GEERT-JØRGENSEN (1959) finden bei ihrer Gruppe nur wenige Scheidungen.

3.) Kriterium familiäre Belastung

Über die von einigen Autoren beschriebene familiäre Belastung bei Zwangsneurose orientiert die Tab. 1.

Autor	abnorme Eltern	abnorme Geschwister	zwangsneurotische Eltern	zwangsneurotische Geschwister
Rüdin, 1953	40,2	19,1	4,6	2,3
Lo, 1967	19,4	10,7	8,6	4,6
Lewis, 1936	93	66,5	37	20,9
Delkeskamp, 1965	29,2	39	26,8	12,1

Tab. 1: Familiäre Belastung zwangsneurotischer Patienten

LO (1967) und INGRAM (1961) finden, daß eine derartige Belastung für die Prognose ohne Bedeutung ist. Über das Befinden der Kinder zwangsneurotischer Elternteile berichtet nur DELKESKAMP (1965). Von 55 Kindern aus 25 Ehen zeigen 2 ebenfalls Zwangssymptome, 10 weitere andere Auffälligkeiten.

4.) Kriterium Intelligenz, soziale Klasse

Aufgrund der Beobachtung, daß Zwangsneurotiker tendenziell eine hohe Intelligenz im Vergleich zu Kontrollgruppen aufweisen (KRAEPLIN zit. nach INGRAM, 1961), werden von verschiedenen Autoren Faktoren wie Intelligenz, Bildung und soziale Klasse beachtet und getestet. Signifikant höhere Intelligenz finden in kontrollierten Untersuchungen INGRAM (1961), LO (1967), DELKESKAMP (1965) und SLATER (zit. nach INGRAM). TASCHEV (1970) stellt fest, daß zwei Drittel seiner Patienten eine Spezial- oder Hochschulausbildung absolviert hatten. Die Untersuchung der sozialen Klasse ergibt bei RÜDIN (1953), daß sowohl Patienten wie deren Angehörige aus der Unterschicht stark unter- aus der Mittel- und Oberschicht dagegen überrepräsentiert sind. Die gleiche Beobachtung machen HARE (1972) und INGRAM (1961).

5.) Kriterium prämorbide Persönlichkeit

Prämorbid anankastische oder "selbstunsichere" Charakter können verschiedene Autoren feststellen. Einige sehen darin ein Indiz für eine schlechte Prognose (KRINGLEN, 1970), andere stellen hier einen günstigen Einfluß fest (LO, 1967, und INGRAM, 1961).

6.) Kriterium Erkrankungsbeginn

Neurotische Kindheitssymptome werden unterschiedlich häufig erhoben. Von KRINGLENs Patienten sind 83 % als Kinder "nervös", BALESLEV-OLESEN und GEERT-JØRGENSEN (1959) eruieren bei 64 %, RÜDIN (1953) 35 %, INGRAM (1961) 36 % und LO (1967) 33 % Patienten Kindheitssymptome .

Nach GOODWIN (1969) erkranken 65 % vor dem 25. Lebensjahr, bei einem mittleren Erkrankungsalter von etwa 20 Jahren für beide Geschlechter.

Ch. MÜLLER (1957) erklärt erstmalig im höheren Alter auftretende Erkrankungen damit, daß wie bei einem Kipp-Phänomen durch star-

ken äußeren Druck (Milieueinflüße) das labile Gleichgewicht eines Menschen gestört wird, der dazu neigt, mit Zwängen zu reagieren.

POLLITT (1957) wählt als Erkrankungsbeginn, dem gelegentlich episodischen Beginn Rechnung tragend, das Alter, in dem die Symptome auftreten, derentwegen ein Arzt konsultiert wird. Er gibt eine Aufstellung solcher vorangegangener Attacken mit Zwangssymptomatik, die er bei 85 seiner 150 Patienten verzeichnete. Auch KRINGLEN und DELKESKAMP berichten über initial episodische Verläufe. Zwischen dem Erkrankungsalter und der Prognose sehen MÜLLER, KRINGLEN und LO keinen Zusammenhang. Von einem Trend, wonach ein Erkrankungsbeginn vor dem 25. Lebensjahr mit einer schlechteren Prognose behaftet ist, spricht dagegen INGRAM.

Ein Zusammenhang zwischen der Art des Erkrankungsbeginns und der Prognose wird nicht gefunden. SKOOG (1965) stellt fest, daß insbesonders bei phobisch eingeleiteten Erkrankungen die Symptomatik akut einsetzt.

Auslösende Faktoren mit sexuellen Konflikten und Tod im Vordergrund findet POLLITT (1957) bei 62 % seiner Patienten. Die Feststellbarkeit von Auslösern kann er im Vergleich zu anderen Neurosen als signifikant erhöht bezeichnen. Auch INGRAM findet dies, jedoch mit Schwangerschaft und Geburt als häufigsten Auslösern. SKOOG zufolge sind besondere Erlebnisse, die die Selbstsicherheit untergraben - wie Einsamkeit, Tod und Schuldgefühle - als Auslöser geeignet. Bei seinen zu 50 % katholischen Patienten registriert DELKESKAMP in Verbindung mit dem Erkrankungsbeginn einen großen Anteil religiöser Faktoren, wie Erstkommunion und Generalbeichte.

7.) Kriterium erste klinische Aufnahme, Intervall

Die erste klinische Aufnahme erfolgt vorwiegend zwischen dem 30. und 40. Lebensjahr (GOODWIN, 1969). Männer kommen nach den

Ergebnissen von KRINGLEN (1970) und INGRAM (1961) durchschnittlich ein einhalb bis zwei Jahre früher in ein Hospital als Frauen.

Ein langes Intervall zwischen Erkrankungsbeginn und erster Behandlung finden POLLITT (1957) und INGRAM als ungünstig für die Prognose. Daß gerade bei Zwangsneurotikern dieses Intervall sehr lang sein kann, wird als Zeichen für die Heimlichkeit und die Selbstvorwürfe gewertet, die mit der Erkrankung verbunden sind.

8.) Kriterium Erkrankungsverlauf und Ergebnis der Katamnese

GOODWIN et al. (1969) geben über die Ergebnisse von 13 Autoren eine tabellarische Übersicht, die den Status der Patienten zum Zeitpunkt der Untersuchung in den Kategorien "Symptomfrei", "Gebessert" und "Ungebessert" zusammenfaßt. Dem ist zu entnehmen, daß etwa 1/5 der Patienten "Symptomfrei" und je 2/5 der Patienten "Gebessert" bzw. "Ungebessert" beurteilt werden. Dadurch, daß einige Autoren nur oder teilweise auch ambulant behandelte Patienten untersuchten, andere dagegen nur hospitalisierte, ergeben sich in der Übersicht Inkongruenzen. Bei nur klinisch behandelten Patienten ergibt sich eine Verschiebung - bei nahezu unverändertem Anteil der "Gebesserten" zu einem geringeren Anteil (17 %) "Symptomfreier" und zu einem größeren Anteil (45 %) "Ungebesserter". Eine Erweiterung des Beurteilungsmodus nehmen KRINGLEN (1970) und DELKESKAMP (1965) vor, die die Arbeitsfähigkeit ihrer Patienten zum Katamnesezeitpunkt ermitteln. Diese finden sie bei der Hälfte ihrer Patienten gestört.

Mehrere Autoren (EITINGER, 1955; POLLITT, 1957; INGRAM, 1961 und GRIMSHAW, 1965) berichten die Tendenz, daß sich mit zunehmender Krankheits- bzw. Katamnesedauer die Prognose verschlechtert. Dem widersprechen die Ergebnisse von LO (1967), der bei einem Katamnesezeitraum von über 4 Jahren bessere Ergebnisse

fand als bei kürzerer Katamnesedauer.

Die Beurteilung solcher "status quo" Ergebnisse wird durch das Vorkommen episodischer Verläufe, bzw. von Erkrankungen mit inkompletten Remissionen erschwert. Ihr Anteil schwankt um etwa 15 % (RÜDIN, 1953; INGRAM, 1961 und LO, 1967). DELKESKAMP (1965) verzeichnet neben 34 chronischen Verläufen 7 mit Episoden. Davon sind 6 Patienten zum Katamnesezeitpunkt symptomfrei. Ebenfalls zu beachten ist die erwähnte Beobachtung von insbesonders initial episodenhaften Verläufen. So haben die Hälfte der Patienten POLLITTs durchschnittlich zwei Episoden vor Ausbruch der Symptomatik, die zur Aufnahme führt. Nach einem anfänglich episodenhaften Verlauf beobachtet KRINGLEN (1970) immer kürzere Remissionen oder Besserungen. Ch. MÜLLER (1957) erklärt die episodenhaften Verläufe durch die Beseitigung der auslösenden Krise oder mit dem Ersatz des Symptoms durch eine andere Form der neurotischen Abwehr, z.B. psychosomatische Symptome oder Eintritt in enges Sektierertum. RÜDIN (1953) dagegen nimmt endogene Periodizität an und DELKESKAMP (1965) diagnostiziert bei vier der episodischen Verläufe seines Untersuchungsgutes im Nachhinein eine "anankastische (endogene) Depression".

Schwankenden Verlauf mit inkompletten Remissionen stellt bei 33 % der Patienten INGRAM (1961) fest, findet jedoch keinen Zusammenhang mit der Prognose. Ch. MÜLLER (1953 a) betont die Abhängigkeit solcher Intensitätsschwankungen von Umweltfaktoren und ermittelt, daß sie ein eher günstiges prognostisches Zeichen seien. Eine Parallele der Art "leichte Anfangsform - gute Prognose" und umgekehrt kann dagegen nicht gezogen werden. Viele Besserungen, die festgestellt werden, betreffen Patienten über 50 Jahre, die diese Besserung so schildern, als bewirke das Alter ein Nachlassen des tragenden Affektes. Eine Altersbesserung wird auch von anderen Autoren beobachtet (KRINGLEN, 1970, und DELKESKAMP, 1965).

9.) Kriterium Symptomänderung

Die Frage nach dem Übergang von Zwangsneurosen in eine Psychose bzw. in eine Schizophrenie wird von Ch. MÜLLER (1953 a) an einem auslesefreien Krankengut untersucht. Bei 12 % der Patienten entwickelt sich eine Psychose. Er verweist hierbei auf die Abhängigkeit solcher Beurteilungen vom theoretischen Standpunkt über die Grenze von Beziehungsidee und Zwangsvorstellung. DELKESKAMP (1965) erklärt, da er nur bei einem von 120 Patienten einen Schizophrenieverdacht äußert, die Feststellungen anderer Autoren damit, "daß man bei besonders schweren neurotischen Störungen intuitiv geneigt ist, an eine Psychose zu denken". Seine Patienten waren allerdings ausgesucht, wie auch die von POLLITT (1957), der unter 101 Patienten auch nur einen Übergang zur Schizophrenie verzeichnet.

ROSEN (1957) geht der Frage nach einem Übergang von einer anderen Seite nach. Unter 843 Schizophrenen findet er bei 30 Zwangserscheinungen, die bei 14 Patienten mindestens zwei Jahre vor der psychotischen Symptomatik, bei 5 weniger als zwei Jahre und bei 8 gleichzeitig mit dieser auftreten. In keinem Fall treten die Zwangssymptome danach auf. Es besteht eine Korrelation zwischen der Dauer der Zwangssymptome mit ihrer Vielfalt und zwischen einem relativ günstigen Verlauf. Dies deckt sich mit Ergebnissen von Ch. MÜLLER (1953 b), der einen Zusammenhang von kurzer Zwangsdauer und schwerem Verlauf der Psychose sieht. Er lehnt jedoch eine Verallgemeinerung in dem Sinne ab, daß Zwangssymptome grundsätzlich den Verlauf mitigieren. Eine Erklärung hierfür bieten die in diesem Zusammenhang weiter oben angeführten Interpretationen von STENGEL (1945). Für den benignen Charakter einer sich erst spät in einer Zwangsneurose entwickelnden Psychose führt MÜLLER als Beispiel den von FREUD (1918) beschriebenen "Wolfsmann" an, bei dem später MACK-BRUNSWICK (1929) einen hypochondrischen Typ der Paranoia diagnostizierte. Zu der Frage, ob aus der Art der Symptome schon ein Hinweis auf eine Psychose zu entnehmen sei, wird von ROSEN keine Antwort gefunden. So sind Zwangsgedanken, Phobien und Grübelzwänge sowohl einzeln als auch gemeinsam vor-

handen und bei 27 der 30 Patienten mit Zwangserscheinungen zeigen sich Zwangshandlungen. MÜLLER kann keinen Unterschied bei präpsychotisch lang vorhandenen Zwängen feststellen, was die Art der Symptome angeht, wohl aber unterscheiden sich die kurzen Prodromi durch besonders starke Angst in der Zwangsphase.

10.) Kriterium Zwangssymptomatik

Inwiefern die Art der Zwangssymptomatik überhaupt prognostische Bedeutung für den Verlauf einer Zwangsneurose hat, wird nur am Rande berichtet. So stellt INGRAM (1961) fest, daß überwiegend Patienten mit phobischen Symptomen eine Besserung erfahren, während Patienten mit einer Zwangshandlung bzw. solche, die der "klassischen Kerngruppe" zugehören, die schlechteste Prognose haben. Bei leukotomierten Patienten hat die Anwesenheit von motorischen Symptomen allerdings keinen Einfluß auf das Operationsergebnis. Bei LO (1967) und INGRAM (1961) hat die Gruppe der phobisch-ruminativen Patienten, bei BELCINGATEANU et al. (1967/68) der ängstlich-agitierte Typ die bessere Prognose. Verhältnismäßig günstigen Verlauf nehmen im Krankengut von DELKESKAMP (1965) die Erkrankungen mit monothematischen Symptomen, darunter vorwiegend Zwangsgedanken, -vorstellungen und -impulsen. Das Auftreten von Zwangshandlungen und deren Ausweiten führt dagegen zu längerdauernden, zum Teil zu Endzuständen führenden Verläufen.

11.) Kriterium Beziehung zur Sucht

Einige Beachtung wird auch der Beziehung von Zwang und Sucht geschenkt. KRINGLEN (1970) beschreibt 11 Patienten mit einer Tendenz zum Alkohol- bzw. Medikamentenabusus. Er stellt aber übereinstimmend mit Beobachtungen von BALESLEV-OLESEN und GEERT-JØRGENSEN (1959) fest, daß derartiger Abusus selten zu Alkoholismus oder Sucht mit sozialem Abstieg führt. MATUSSEK (1958) nimmt an, daß Zwang und Sucht als strukturelle Antagonisten in einem Wechsel zueinander stehen. So haben Maßnahmen, die Patien-

ten gegen ihre Sucht anstrengen, deutlich zwanghaften Charakter. NACHT, 1929 (zit. nach DE BOOR, 1949) beschreibt einen, in diese Vorstellung passenden, umgekehrten Fall einer Patientin, die einem Somnifen-Mißbrauch entwickelt und währenddessen frei von Angst und Zwang ist.

12.) Kriterium Suicid

Ein ebenfalls seltenes Vorkommnis bei Zwangsneurotikern ist Suicid mit einer Inzidenz von etwa 1 %. GITTLESON (1966) beobachtet, daß auch Depressive mit Zwangssymptomen weniger suicidgefährdet sind. STENGEL (1945) berichtet hierzu gegenteilige Erfahrungen. Zwangsimpulse, Selbstmord zu begehen, findet er, wenn Zwangssymptome bei vorwiegend depressiver Erkrankung auftreten. Er erklärt dies damit, daß dem Auftauchen von Zwangssymptomen bei Depressionen rein depressive Phasen vorausgehen und die Depression die Zwangssymptomatik überdauern kann.

3. Auswahl der Patienten, Art des Vorgehens bei der Nachuntersuchung und allgemeine Beschreibung der Patienten

3.1 Auswahl der Ausgangsgruppe

Im Archiv der Psychiatrischen und Neurologischen Klinik der Freien Universität Berlin wurden in Frage kommende Krankengeschichten mit den Diagnosen: "Zwangsneurose, ICD 300.3, Anankastisches Syndrom, Neurose mit anankastischer Symptomatik" aus den Diagnosebüchern der Jahre 1956 bis 1971 herausgesucht.

An Hand der Fallgeschichten wurde der sich so ergebende Patientenkreis, die Urgruppe, eingeengt. Die Tab. 2 gibt einen Überblick über die Urgruppe, die Zahl der ausgeschlossenen Patienten und die den Ausschluß begründenden Aspekte. Diejenigen Patienten wurden von der Nachuntersuchung ausgeschlossen, bei denen Zwangssymptome im Verlauf einer Psychose, einer Involutionsdepression oder einer hirnorganischen Erkrankung auftraten oder anankastische Charakterzüge im Rahmen einer Mischneurose diagnostiziert wurden. Ausgeschlossen wurden auch Neurosen mit phobischer Symptomatik, wie Agoraphobie und Erythrophobie, die entsprechend der Abgrenzung Freuds (s. 2.1) als nicht zur Zwangsneurose gehörig aufgefaßt wurden. In zweifelhaften Fällen wurde die Entscheidung über eine Aufnahme in die Ausgangsgruppe der Nachzuuntersuchenden durch einen mit dem Fall vertrauten Psychiater überprüft.

Danach umfaßt das im Folgenden als Ausgangsgruppe bezeichnete Kollektiv 72 Patienten. Die letztmalige Aufnahme der Patienten in die Nervenklinik der FU Berlin wurde einheitlich dem individuellen Katamnesezeitraum als Anfang zugrunde gelegt. Unter den Diagnosen, die den Patienten dieser Ausgangsgruppe gestellt wurde, überwog mit 51 Fällen die Diagnose "Zwangsneurose". In 13 Fällen lautete die Diagnose "Zwangssyndrom" oder "Anankastisches Syndrom", 4 mal "Neurose mit Zwangssymptomatik oder zwanghaften Zügen", 3 mal "Zwangsleiden oder Zwangskrankheit" und einmal "anankastisch-phobische Entwicklung". Die Zuordnung zu der einen oder anderen Diagnose wechselte deut-

Ur - gruppe	Anzahl der Patienten
Zwangsneurose ICD 300.3 Anankastisches Syndrom Neurose mit anankastischer Symptomatik	313
Davon wurden ausgeschlossen:	
Mischneurosen mit nicht dominierenden zwangsneurotischen Anteilen bzw. bei zwangsneurotischen Charakterstrukturen	206
Angstneurosen bei zwangsneurotischer Charakterstruktur	4
Phobien	7
Zwangssymptomatik im Involutionsalter	12
Zwangssymptomatik bei Psychosen	11
Zwangssymptomatik bei hirnorganischer Erkrankung	1
	- 241
Als Ausgangsgruppe für die Nachuntersuchung blieben	72
Davon wurden nicht nachuntersucht	- 28
nachuntersucht wurden	44

Tab. 2 Übersicht der Anzahl der Patienten und der Diagnosen in der Ur-gruppe und bei den ausgeschlossenen Patienten.

lich im Verlauf der Jahre. So wurde die Diagnose "Anankastisches- oder Zwangssyndrom" ohne ätiologische Zuordnung nur in den Jahren 1956 - 1961 und mit abnehmender Häufigkeit gestellt.

3.2 Art des Vorgehens bei der Nachuntersuchung

Es wurde angestrebt, möglichst viele Patienten persönlich zu explorieren. Es musste jedoch davon ausgegangen werden, daß dies für einen großen Teil der Gruppe nicht realisierbar sein würde. Daher wurde ein Fragebogen erstellt, dessen Kategorien auch dem freien Gespräch mit den Patienten strukturierend zugrundegelegt wurden. Sieben Fragenkomplexe bildeten den Fragebogen und das Gerüst der Gespräche; sie bezogen sich auf:

1. die jetzigen Beschwerden, die Änderung der Symptomatik, die Intensität und den Leidensdruck;
2. Verlaufsform, Klinikaufenthalte, ambulante Behandlung und Psychotherapie im Katamnesezeitraum;
3. Körperliche Gesundheit im Hinblick auf somatische Präokkupation oder shift zu einer psychosomatischen Erkrankung;
4. Arbeitsfähigkeit, Ausbildung und Beruf;
5. Familien- und Wohnsituation;
6. Kontaktfähigkeit und Freizeitverhalten und
7. Erfassung von politischem oder religiösem Sektierertum.

Neben den persönlichen Interviews bzw. den Fragebögen wurden in einigen Fällen die Fallgeschichten anderer Kliniken, die im Katamnesezeitraum aufgesucht wurden, zusätzlich, in einzelnen Fällen auch ausschließlich, ausgewertet.

Daten über die Vorgeschichte der Patienten wurden den Fallgeschichten aus dem Archiv der Nervenklinik der Freien Universität

Berlin entnommen und bei Bedarf im Interview präzisiert oder ergänzt.

3.3 Allgemeine Beschreibung der Patientengruppe

3.31 Die Ausgangsgruppe

Nach Abschluß des vorgestellten Auswahlverfahrens standen 72 Patienten fest, die nachuntersucht werden sollten. Der Anteil der Frauen machte mit 45 Patientinnen fast 2/3 dieser Gruppe aus.

Den Fallgeschichten dieser Patienten wurden die folgenden allgemeinen Angaben entnommen:

Die der Katamnese zugrundeliegende Aufnahme war die erste bis 12. Klinikaufnahme aufgrund ihrer Zwangsneurose. Die Aufenthaltsdauer in der Klinik betrug im Durchschnitt 60 Tage, mit Schwankungen zwischen einem und 177 Tagen. Akuter Anlaß für das Aufsuchen der Klinik war bei 38 Patienten entweder eine Verschlechterung oder Reexacerbation, bei 13 Patienten eine Depression, 10 Patienten kamen mit erst kurz andauernder Symptomatik, 11 aus verschiedenen anderen Anlässen. Zu diesem Zeitpunkt war die Grundstimmung der Mehrzahl der Patienten depressiv (37) oder subdepressiv (25). 19 Patienten gaben Selbstmordgedanken an, 13 hatten bereits Selbstmordversuche unternommen, drei Patienten dies mehr als einmal und zwei Patienten waren nach einem Suicidversuch aufgenommen worden. Bei 38 Patienten konnten "Auslösende Faktoren" eruiert werden. Als "Auslösende Faktoren" wurden in diesem Zusammenhang Ereignisse im Leben der Patienten angesehen, die dem Erkrankungsbeginn nicht mehr als ein halbes Jahr vorausgegangen waren und vom Patienten in diesem Zusammenhang erwähnt wurden. Hierbei handelt es sich nicht um "Auslösende Situationen" im Sinne einer Konfliktaktualisierung, denn derartige Belastungen wurden nicht in allen Fallgeschichten festgehalten und waren auch nicht unter

dem Anspruch des Interviews nachträglich feststellbar. Im Zusammenhang mit dem Erkrankungsbeginn wurden 22-mal physiologische Faktoren erwähnt, wie Pubertät, Schwangerschaft, Geburt und Menopause. 15-mal spielten psychologische Faktoren eine Rolle, 4-mal Tod von Angehörigen, 7-mal sexuelle und Partnerprobleme, 4-mal andere Ereignisse. Einmal wurde ein Zusammenhang mit einer körperlichen Erkrankung angegeben.

Einige Daten, die von verschiedenen Autoren im Zusammenhang mit der Zwangsneurose als bedeutsam angesehen werden, wurden auch an der Ausgangsgruppe ermittelt.

1. Familiäre Belastung
Hinweise über psychopathologisch auffällige Eltern konnten den Familienanamnesen in den Krankengeschichten entnommen werden und bei den nachuntersuchten Patienten z.T. auch ergänzt werden. Eine Übersicht gibt die Tabelle 3.

	144 Eltern	96 Geschwister
Anankastische Auffälligkeiten	14	4
Andere Auffälligkeiten	23	9
Gesamt	37	13

Tab. 3 Familiäre Belastung bei 72 Zwangsneurotikern

In dieser Tab. 3 wurden psychopathologische Auffälligkeiten bei Eltern und lebenden Geschwistern nur als "anankastische" und "andere" unterschieden, nicht aber, ob es sich um Charakterstrukturen, Neurosen oder Psychosen handelt, da die Aussagen der Patienten über ihre gestörten Familienmitglieder nur mit Vorbehalt übernommen werden können (s.a. LO, W.H., 1967), insbesondere was Art oder Intensität der Störungen betrifft.

2. Kinder
29 Patienten hatten insgesamt 45 Kinder, davon wurden 10 von

ihrem erkrankten Elternteil als gestört bezeichnet. Als Störungen wurden angegeben: Retardierung, synkopale Anfälle, Debilität, Kontaktstörungen, Nervosität, Alkoholismus und einmal Zwangsneurose. Zum Zeitpunkt der Katamnese waren7 von 23 Kindern der Nachuntersuchten gestört.

3. Konfession

Die Zugehörigkeit von 66 Patienten zu Glaubensgemeinschaften wird in der folgenden Tabelle prozentual im Vergleich zu der prozentualen, konfessionellen Zusammensetzung der Berliner Bevölkerung 1971 dargestellt. Bei 6 Patienten der Ausgangsgruppe konnte die Konfession nicht ermittelt werden.

Konfession	Patienten in %	Berliner in %
evangelisch	73	73
katholisch	17	12
andere	3	3
ohne	7	12

Tab. 4 Zugehörigkeit zu Glaubensgemeinschaften bei 66 Zwangsneurotikern im Vergleich zur Berliner Bevölkerung 1971

Vier katholische Patienten der Ausgangsgruppe, drei davon Frauen, litten unter anderem an Versündigungsideen, religiösen Skrupeln und religiösen Kontrastzwängen. Eine baptistische Patientin war vorwiegend durch religiöse Zwänge gestört. Bei dem hohen Anteil Frauen ist zu bedenken, daß Frauen nicht nur in der Ausgangsgruppe, sondern auch in der Gruppe der katholischen Patienten überwiegen.

3.32 Die 28 nicht nachuntersuchten Patienten

18 Frauen und 10 Männer der Ausgangsgruppe konnten nicht nachuntersucht werden. In 6 Fällen konnte der derzeitige Aufent-

haltsort nicht ermittelt werden: Vier Patienten waren in Westdeutschland mehrfach verzogen, ein Patient in der DDR ansässig und eine Patientin in Berlin meldeamtlich[1] nicht verzeichnet. 6 Patienten waren verstorben, ein Patient durch Selbstmord.Vor seinem Suicid in einer Haftanstalt -er hatte bereits einige Zeit vor der zugrundeliegenden Aufnahme einen Suicidversuch gemacht- wurde ihm in einem gerichtlichen Gutachten die Diagnose "Schwere depressive Zwangsneurose mit psychotischen Episoden und Verdacht auf hebephrene Verlaufsform mit beginnender Defektsymptomatik" gestellt. 6 Patienten, davon 4 in Westdeutschland ermittelt, reagierten weder auf die Einladung zu einem Gespräch, noch schickten sie den zweimal zugeschickten Fragebogen zurück. Die beiden in West-Berlin ansässigen Patienten konnten auch bei mehrmaligen Besuchen nicht in ihrer Wohnung angetroffen werden. 6 weitere Patienten verweigerten ausdrücklich ein Gespräch und auch das Ausfüllen des zugesandten Fragebogens.

3.33 Die 44 nachuntersuchten Patienten

Die Nachuntersuchung fand am Anfang des Jahres 1973 statt. Der dem Katamnesezeitraum zugrundeliegende Klinikaufenthalt der Patienten lag zwischen 1956 und 1971, der Katamnesezeitraum umfaßte mindestens 2 bis längstens 16 Jahre, im Mittel betrug er 8 Jahre. Von den 72 Zwangsneurotikern der Ausgangsgruppe konnten 44, 17 Männer und 27 Frauen, nachuntersucht werden. Ihr Alter bei der Nachuntersuchung schwankte zwischen 22 und 74 Jahren. Angaben über das Erkrankungsalter der Ausgangsgruppe und der Gruppe der Nachuntersuchten sind der Abb. 1 zu entnehmen. Es wird ersichtlich, daß zwischen der Ausgangsgruppe und den Nachuntersuchten hierin kein wesentlicher Unterschied besteht. Ebenso sind die Anteile von Männern und Frauen an den beiden Gruppen nahezu identisch, so daß nach diesen Grobkriterien vermutet werden kann, daß mit den Nachuntersuchten ein repräsentativer Anteil der in Frage kommenden Zwangsneurotiker erreicht worden ist.

1) An dieser Stelle ist dem Einwohnermeldeamt von West-Berlin zu danken.

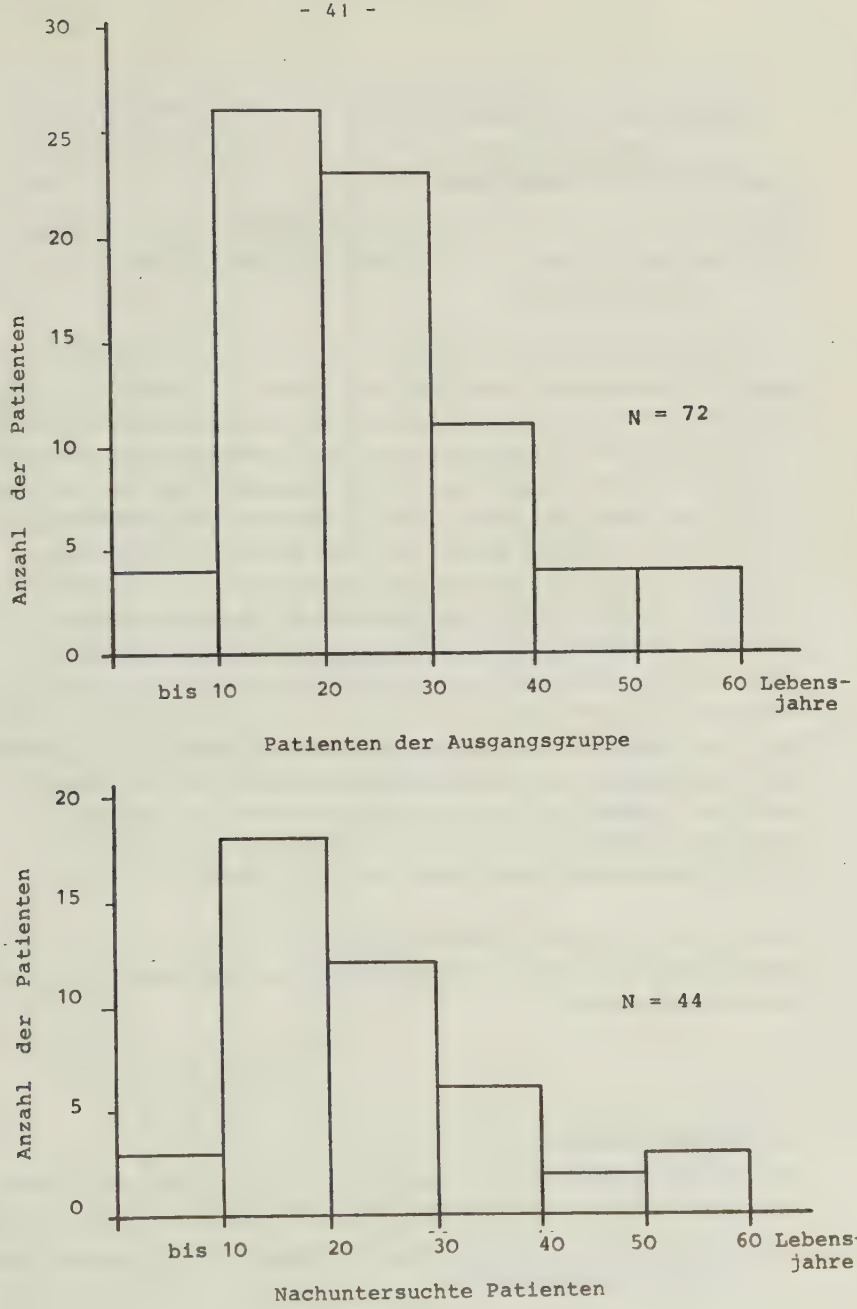


Abb. 1 ERKRANKUNGSALTER DER PATIENTEN

4. Katamnestische Ergebnisse

4.1 Nachuntersuchungsmodus

Eine Übersicht über den Nachuntersuchungsmodus gibt die Tab. 5. Die Mehrzahl der Patienten konnte durch persönliche Exploration untersucht werden.

24 Patienten, die in Berlin wohnhaft waren und durch ein persönliches Schreiben gebeten wurden, kamen zur Nachuntersuchung in die Klinik. Bei 5 Patienten war ein unangekündigter Besuch erfolgreich: Sie hatte nicht grundsätzliche Ablehnung, sondern Beschwernisse des Weges oder Mißverständnisse über das Anliegen des Untersuchers von einem Gespräch in der Klinik abgehalten. 2 Frauen und 6 Männer wurden über den Fragebogen exploriert, der den Patienten, die nicht auf die Einladung zu einem Gespräch reagierten oder nicht in Berlin ansässig waren, zweimal im Abstand von 6 Monaten mit Freiumschlag zugeschickt worden war. Zwei der zurückgeschickten, ausgefüllten Fragebögen kamen von Patienten in Westdeutschland. Von 3 Frauen und einem Mann, die sich zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung in einer Klinik befanden, wurden die eingeholten Krankengeschichten anderer Kliniken ausgewertet. Auskünfte Dritter aus der Umgebung der Patienten konnten bei einer Frau und zwei Männern, die selbst nicht zu einer Exploration bereit waren, eingeholt werden.

Zusätzlich zu Gespräch oder Fragebogen konnten in 7 Fällen die Fallgeschichten einer im Katamnesezeitraum aufgesuchten Klinik[1)] hinzugezogen werden.

4.2 Katamnesebefunde

Die 44 Patienten erhielten zum Zwecke der anonymen und leicht identifizierbaren Kennzeichnung Rangnummern, deren Vergabe nach

1) An dieser Stelle sei für die Überlassung der Fallgeschichten anderer Kliniken gedankt.

Art und Weise der Datenerfassung	Anzahl der Patienten gesamt	männl.	weibl.
Persönliche Exploration			
a) in der Klinik	24	8	16
b) bei Besuch	5	-	5
Fragebogen	8	6	2
Krankengeschichte aus anderen Kliniken	4	1	3
Auskünfte Dritter aus der Umgebung des Pat.	3	2	1
Anzahl insgesamt	44	17	27

Tab. 5 Übersicht über den Nachuntersuchungsmodus

der Dauer des Katamnesezeitraumes erfolgte. Der Patient mit der längsten Katamnesezeit erhielt die Nummer 1, der mit der kürzesten Zeit zwischen der letzten Entlassung aus der Nervenklinik der FU Berlin und Nachuntersuchung die Nummer 44.

Zunächst wurden 4 Gruppen einer klinischen Klassifizierung des Erkrankungsbefundes gebildet, wobei der zugrundeliegende klinische Aufenthalt als Bezugspunkt diente (s.Tab. 6). Dieser klinischen Einteilung liegen einerseits subjektive Einschätzungen der Patienten selbst zugrunde, die bei der Exploration oder in den Fragebögen[1)] vorgetragen wurden, andererseits wurden auch Auskünfte dritter Personen aus der Umgebung des Patienten und Fallgeschichten anderer Kliniken einbezogen. Wesentlich zur Beurteilung eines Patienten zum Katamnesezeitpunkt erschien neben der klinischen Beurteilung seine soziale Eingliederung in Familie, Beruf und Gesellschaft. Um diesen Aspekt zu berücksichtigen, wurden 4 Gruppen einer sozialen Klassifizierung aufgestellt (s. Tab. 7). Als Kriterien wurden wie bei der klinischen Klassifizierung Angaben des Patienten und Auskünfte Dritter zu Beruf, Ausbildung, Arbeitsfähigkeit, Familienleben, außerfamiliären Kontakten und gesellschaftlichem Engagement gewählt[2)].

Diesen Gruppen klinischer Beurteilung und sozialer Eingliederung wurden die nachuntersuchten Patienten auf Grund der ermittelten Befunde in Tab. 6 und 7 zugewiesen.

1) siehe auch 3.2 Fragenkomplexe 1, 2 und 3

2) siehe auch 3.2 Fragenkomplexe 4, 5, 6 und 7

Klinische Beurteilung bei der Nachuntersuchung	Anzahl der Patienten Gesamt	Männlich	Weiblich
1) FREI von Zwangssymptomatik	5	1	4
2) GEBESSERTE Zwangssymptomatik	15	9	6
3) UNGEBESSERTE Zwangssymptomatik	18	7	11
4) Zwangssymptomatik durch ANDERE NEUROTISCHE ODER PSYCHOTISCHE PHÄNOMENE abgelöst	6	-	6
Summe	44	17	27

Tab. 6 Klinische Beurteilung der Nachuntersuchten zur Zeit der Katamnese

Beurteilung der sozialen Eingliederung bei der Nachuntersuchung	Anzahl der Patienten Gesamt	Männlich	Weiblich
A) SOZIAL GUT ANGEPASST uneingeschränkt arbeitsfähig gute mitmenschliche Beziehungen	4	2	2
B) SOZIAL BEFRIEDIGEND ANGEPASST unter Anstrengung arbeitsfähig mäßiger bis ausreichender Kontakt	12	3	9
C) SOZIAL ZWEIFELHAFT ANGEPASST beruflich stark behindert einsiedlerisch und sicherungsbedürftig	14	6	8
D) SOZIALE,berufliche und familiäre EINGLIEDERUNG VERHINDERT	14	6	8
Summe	44	17	27

Tab. 7 Beurteilung der sozialen Eingliederung der Nachuntersuchten zur Zeit der Katamnese

4.3 Zusammenhang zwischen klinischer Einteilung und sozialer Eingliederung

Die getrennte Erfassung der klinischen Einteilung und sozialen Integration erlaubte eine differenzierte Beurteilung des Erkrankungsstatus der einzelnen Patienten.

Die Beziehung zwischen den Beurteilungsmaßstäben klinische Einteilung und soziale Eingliederung zeigt Tab. 8, in der jeder Patient einer 4 mal 4- Feldertafel seinen beiden Klassifizierungen entsprechend zugeordnet wurde. Hieraus wird ersichtlich:

1. Extreme Kombinationen kommen nicht vor.
2. Es besteht ein diagonaler Trend von "frei von Zwangssymptomatik" und "sozial gut eingegliedert" nach "ungebessert" und "soziale Eingliederung verhindert".
3. Die meisten Patienten, deren soziale Eingliederung verhindert ist, sind als "ungebessert" einzustufen.
4. Die klinische Kategorie 4) "Zwangssymptomatik durch andere neurotische oder psychotische Phänomene abgelöst" umfaßt Patienten mit sehr unterschiedlicher sozialer Eingliederung.

Aufgrund dieser Beobachtungen schien ein enger Zusammenhang zwischen klinischer Einteilung und sozialer Eingliederung bestätigt, soweit es die klinischen Gruppen 1), 2) und 3) betrifft. Daher wird bei Patienten dieser Gruppen in den folgenden Betrachtungen hauptsächlich auf die klinische Einteilung Bezug genommen. Die klinische Gruppe 4) dagegen soll getrennt betrachtet werden, da hier kein enger Zusammenhang zwischen beiden Beurteilungsmaßstäben besteht.

Im Einzelfall ist eine getrennte Klassifizierung klinischer und sozialer Befunde dennoch nützlich,da ein derartiges Vorgehen eine Differenzierung innerhalb der Gruppen "gebesserter Patienten" und "ungebesserter Patienten" erlaubt. So sind Patienten in den Gruppen 1) A) und 2) A) als sehr gut gebessert anzusehen, Patienten in den Gruppen 1) B) und 2) B) als gut gebessert und Patienten der Gruppierung 2) C) als wenig gebessert zu beurteilen.

Anzahl der Patienten pro klinische Kategorie	Anzahl der Patienten pro Kategorie der sozialen Eingliederung				
	gut A)	befriedigend B)	zweifelhaft C)	verhindert D)	Summe
1) frei von Zwangssymptomen	3	2	-	-	5
2) gebessert	1	7	7	-	15
3) ungebessert	-	-	5	13	18
4) Änderung der Symptomatik	-	3	2	1	6
Summe	4	12	14	14	44

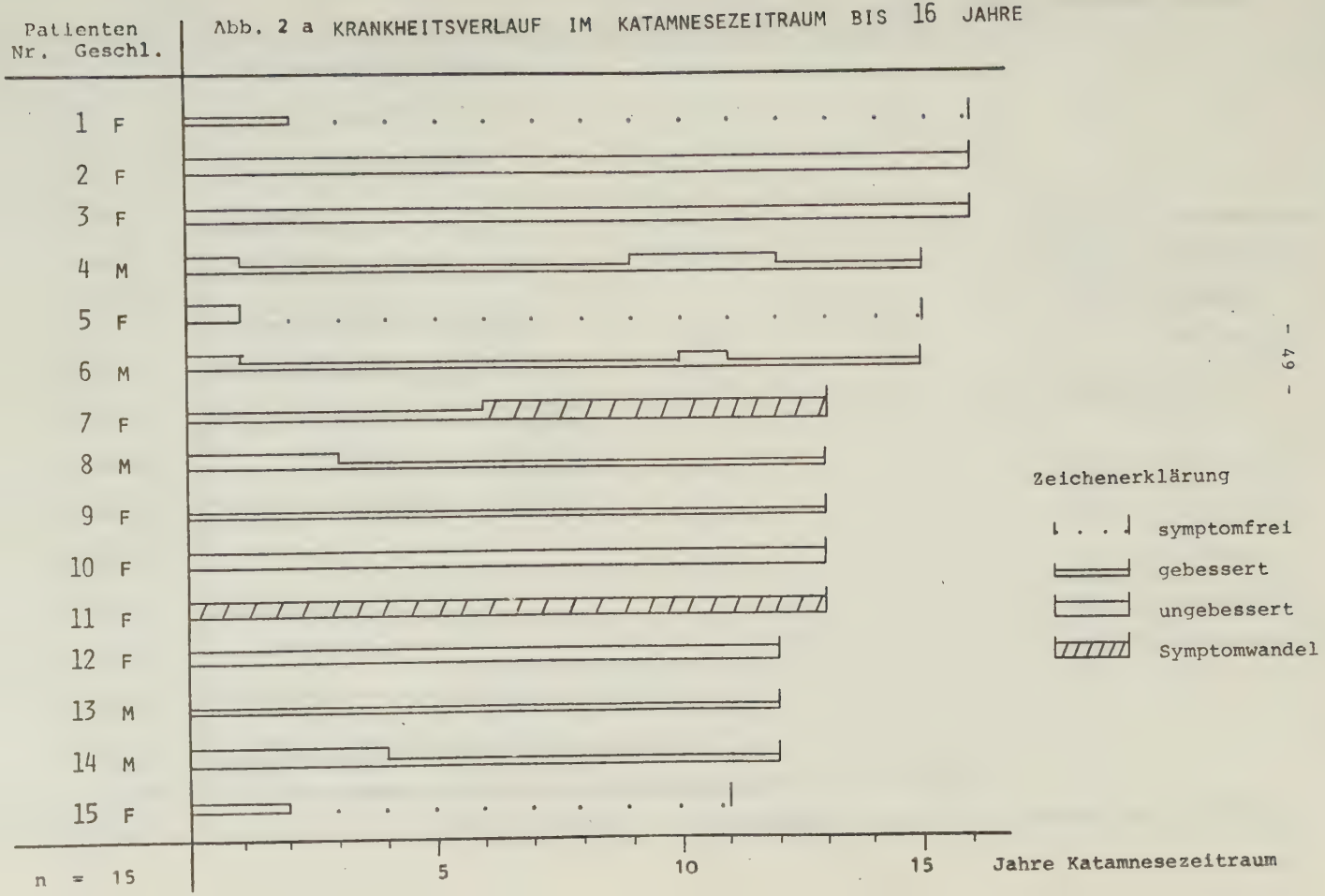
Tab. 8 Vier mal Vier - Feldertafel zur Verknüpfung von der Beurteilung der sozialen Eingliederung und der klinischen Beurteilung der Nachuntersuchten zur Zeit der Katamnese

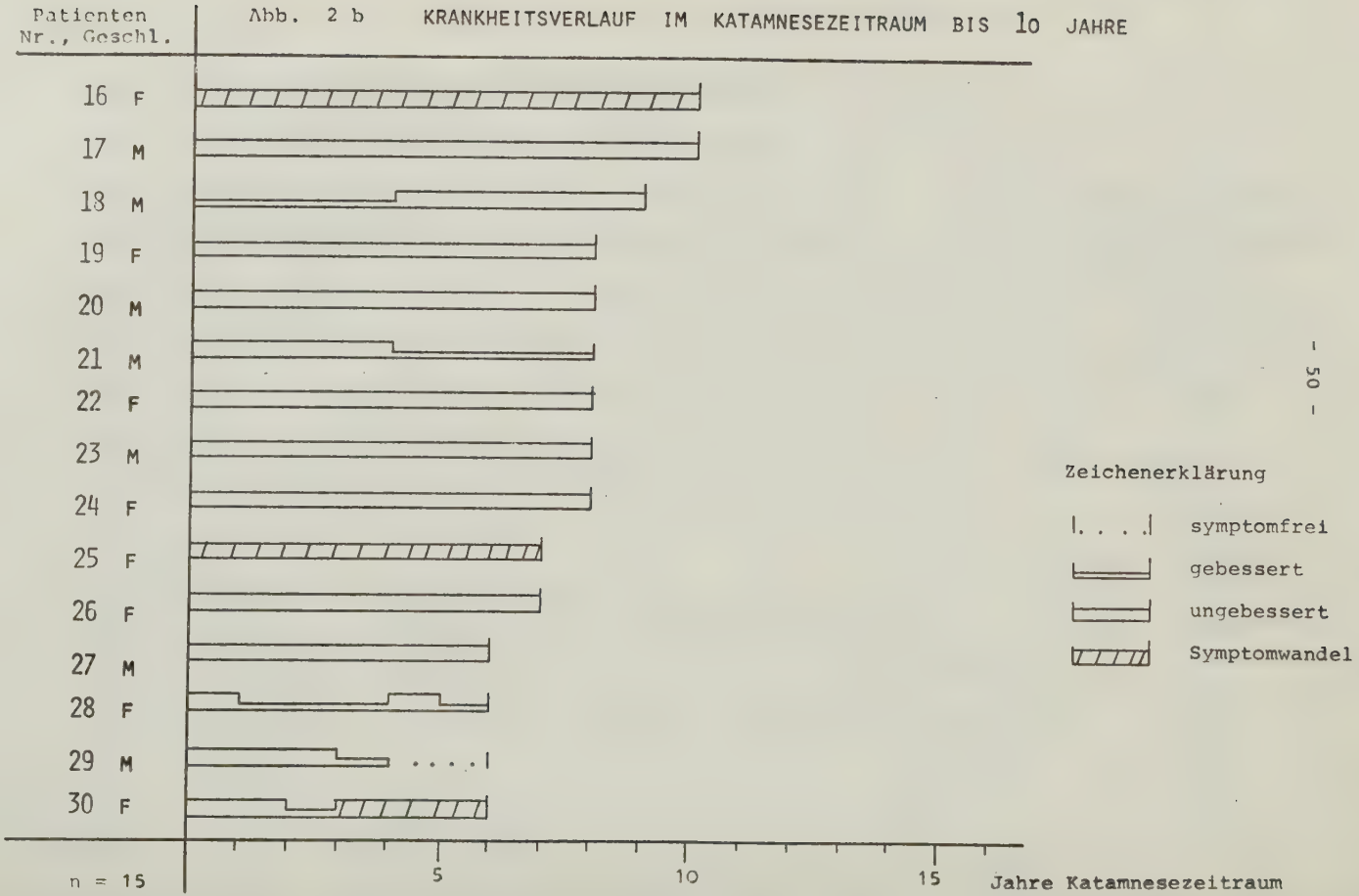
Die Differenzierung ungebesserter Patienten zeigt, daß es einigen Patienten gelingt, trotz ungebessertem Krankheitsbild nicht gänzlich sozial behindert zu sein.

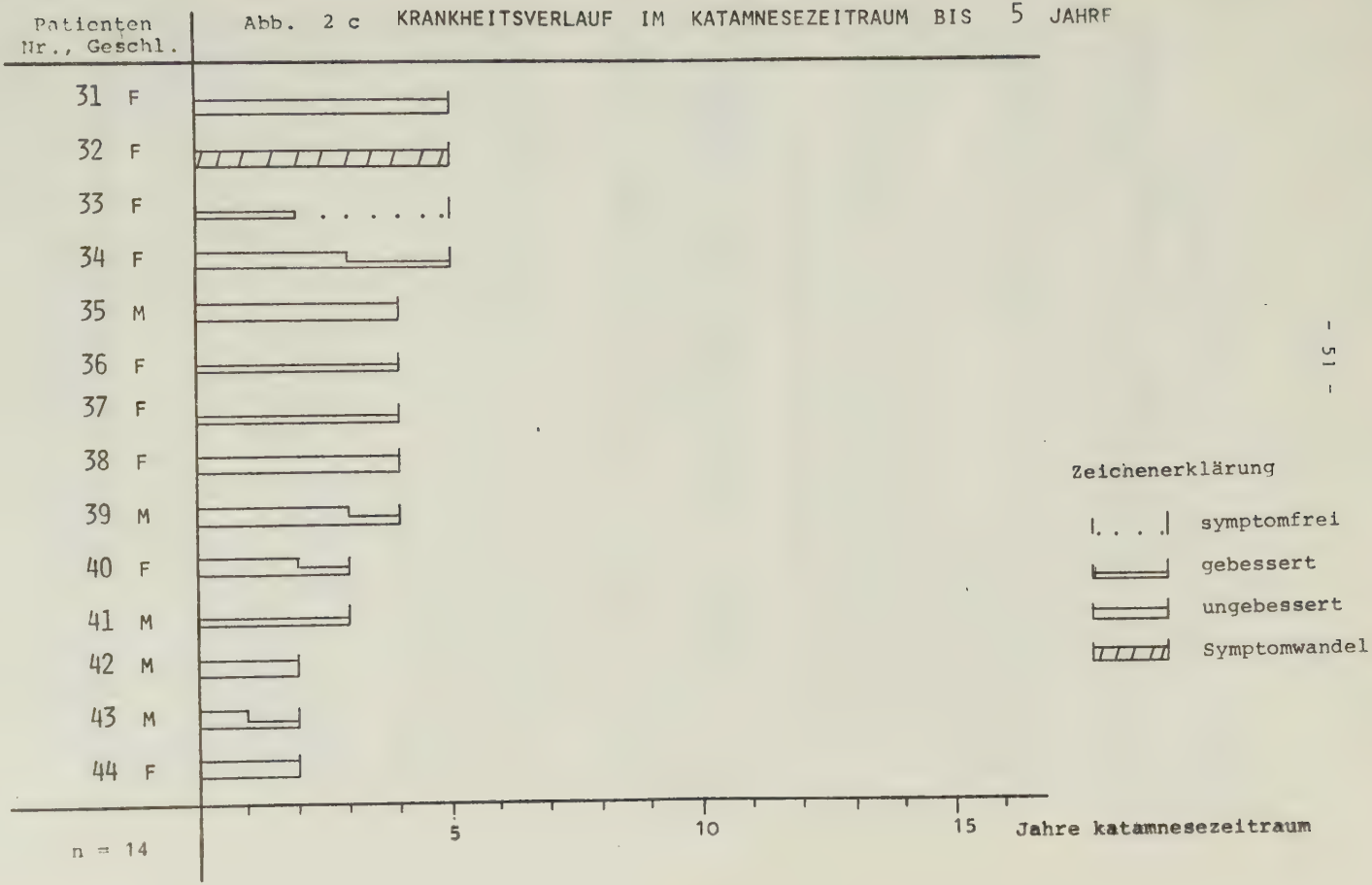
4.4 Beziehung zwischen klinischer Beurteilung bei der Nachuntersuchung und der Art des Krankheitsverlaufes im Katamnesezeitraum

Um die klinische Beurteilung der Patienten bei der Nachuntersuchung zu prognostisch relevanten Kriterien in Beziehung setzen zu können, muß zuvor geprüft werden, ob diese Beurteilung für den gesamten Katamnesezeitraum repräsentativ ist, oder ob hier Einschränkungen zu machen sind.

Zur Beantwortung dieser Frage wurden die Erkrankungsverläufe während des Katamnesezeitraumes aller Patienten folgendermaßen rekonstruiert:
Jeder Patient wurde für jedes Jahr seines Katamnesezeitraumes entsprechend den klinischen Kategorien beurteilt, wobei sein Zustand z.Z. des zugrundeliegenden Klinikaufenthaltes als Ausgangspunkt einer relativen Veränderung diente. Dieser jährlichen klinischen Beurteilung über den gesamten Katamnesezeitraum wurden subjektive Einschätzungen der Patienten, wie sie bei der Exploration oder in den Fragebögen vorgetragen wurden zugrundegelegt und auch Auskünfte dritter Personen aus der Umgebung des Patienten und Fallgeschichten anderer Kliniken.
Eine absolute Vergleichbarkeit der klinischen Beurteilung zwischen den Patienten besteht nicht, da nur relative Veränderungen im Katamnesezeitraum ermittelt wurden.
In den Abb. 2 a-c sind die rekonstruierten Krankheitsverläufe der einzelnen Patienten in der Reihenfolge der Länge ihrer Katamnesezeiträume schematisch dargestellt. Das Jahr des zugrundeliegenden Klinikaufenthaltes und Jahre, in denen der Erkrankungsstatus unverändert oder vergleichbar schlecht war, wird mit breiten Balken, ein im Vergleich gebesserter Status mit schmalen Balken symbolisiert. Jahre, die Symptomfreiheit brachten, werden als Punkte, Jahre mit Änderung der Sympto-


Patienten Nr. Geschl.
Abb. 2 a KRANKHEITSVERLAUF IM KATAMNESEZEITRAUM BIS 16 JAHRE
1 F
2 F
3 F
4 M
5 F
6 M
7 F
8 M
9 F
10 F
11 F
12 F
13 M
14 M
15 F
n = 15
5
10
15
Jahre Katamnesezeitraum
Zeichenerklärung
symptomfrei
gebessert
ungebessert
Symptomwandel


Patienten Nr., Geschl.
Abb. 2 b KRANKHEITSVERLAUF IM KATAMNESEZEITRAUM BIS 10 JAHRE
16 F
17 M
18 M
19 F
20 M
21 M
22 F
23 M
24 F
25 F
26 F
27 M
28 F
29 M
30 F
n = 15
5
10
15
Jahre Katamnesezeitraum
Zeichenerklärung
symptomfrei
gebessert
ungebessert
Symptomwandel


Patienten Nr., Geschl.
Abb. 2 c KRANKHEITSVERLAUF IM KATAMNESEZEITRAUM BIS 5 JAHRE
31 F
32 F
33 F
34 F
35 M
36 F
37 F
38 F
39 M
40 F
41 M
42 M
43 M
44 F
n = 14
5
10
15
Jahre katamnesezeitraum
Zeichenerklärung
symptomfrei
gebessert
ungebessert
Symptomwandel

matik als schraffierte, breite Balken dargestellt.

Zur Untergliederung wurden in den Abb. 2 die Katamnesezeiträume bis 16 Jahre, bis 10 Jahre und bis 5 Jahre gewählt.

Bei der Betrachtung der individuellen Krankheitsverläufe+ im Katamnesezeitraum lassen sich zwei unterschiedliche Verlaufsmerkmale feststellen:

1. "kontinuierlich"
   Im Katamnesezeitraum kommt es im Sinne der klinischen Klassifizierung zu einer bleibenden Besserung oder Nicht-Besserung, d.h. die klinische Beurteilung ändert sich nicht.
2. "wechselnd"
   Es kommt zu Besserung und erneuter Verschlechterung.

Um die Aussagekraft der klinischen Beurteilung für die Nachuntersuchung an Hand des Krankheitsverlaufes im Katamnesezeitraum zu überprüfen, wurden diesen beiden Merkmalen die Patienten mit der klinischen Beurteilung 1) und 2) = "gebessert" und 3) = "ungebessert" zugeordnet. Das zahlenmäßige Ergebnis dieser Zuordnung ist in Tab. 9 dargestellt.

Demnach kann bei 34 Patienten die klinische Beurteilung zum Katamnesezeitpunkt als repräsentativ für den Krankheitsverlauf im Katamnesezeitraum betrachtet werden und nur bei 4 Patienten muß aufgrund des wechselnden Verlaufes diese Beurteilung als unsicher gelten.

Darüberhinaus kann den Abb. 2 entnommen werden, daß die Wahrscheinlichkeit einer Änderung der klinischen Beurteilung nach dem Zeitpunkt der Nachuntersuchung um so größer wird, je kürzer der Katamnesezeitraum ist. Die unterschiedliche Länge der Katamnesezeiträume erschwert demnach den Vergleich der Beurteilungen. Selbst bei gleicher Länge der betrachteten Katamnese-

+ Die Patienten, bei denen eine Änderung der Symptomatik eintrat, wurden hierbei nicht berücksichtigt.

Klinische Beurteilung	Anzahl der Patienten nach Merkmal des Krankheitsverlaufs		
	kontinuierlich	wechselnd	gesamt
besser+	17	3	20
ungebessert	17	1	18
Summe	34	4	38

Tab. 9 Beziehung zwischen Krankheitsverlauf im Katamnesezeitraum und klinischer Beurteilung bei der Nachuntersuchung

+ "besser" fasst Patienten zusammen,die frei von Symptomen und gebessert waren.

zeiträume muß mit Unsicherheiten der Interpretation gerechnet werden:

1. Die individuellen Krankheitsverläufe sind ohne Bezug zum Lebensalter und
2. nur wenige Krankheitsverläufe sind im Katamnesezeitraum annähernd vom Beginn der Erkrankung erfaßt, weil die Erkrankungsdauer bis zur zugrundeliegenden Aufnahme zwischen 1 und 39 Jahren (im Durchschnitt 14 J.) lag.

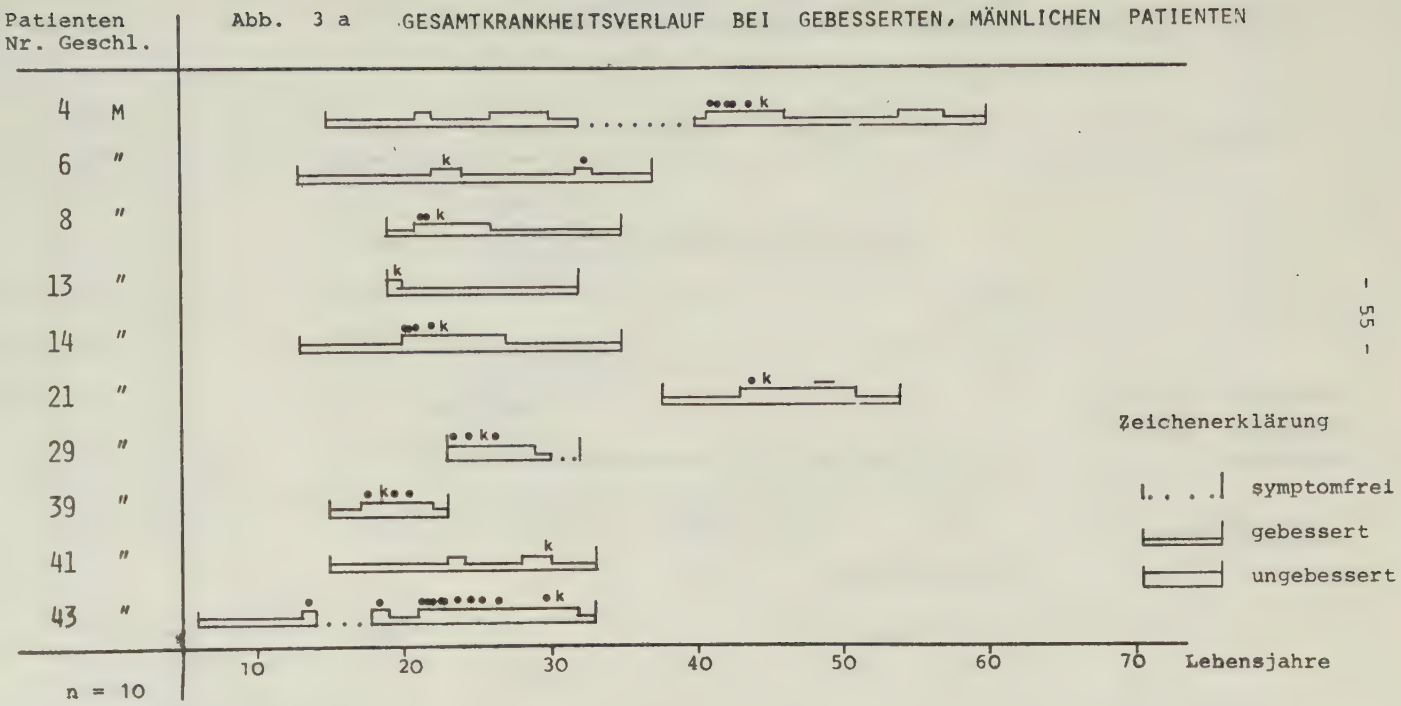
Daher scheint es nicht gerechtfertigt, aus den individuellen Krankheitsverläufen im Katamnesezeitraum Gemeinsamkeiten abzuleiten.
Es müssen dazu die gesamten Erkrankungsverläufe betrachtet werden.

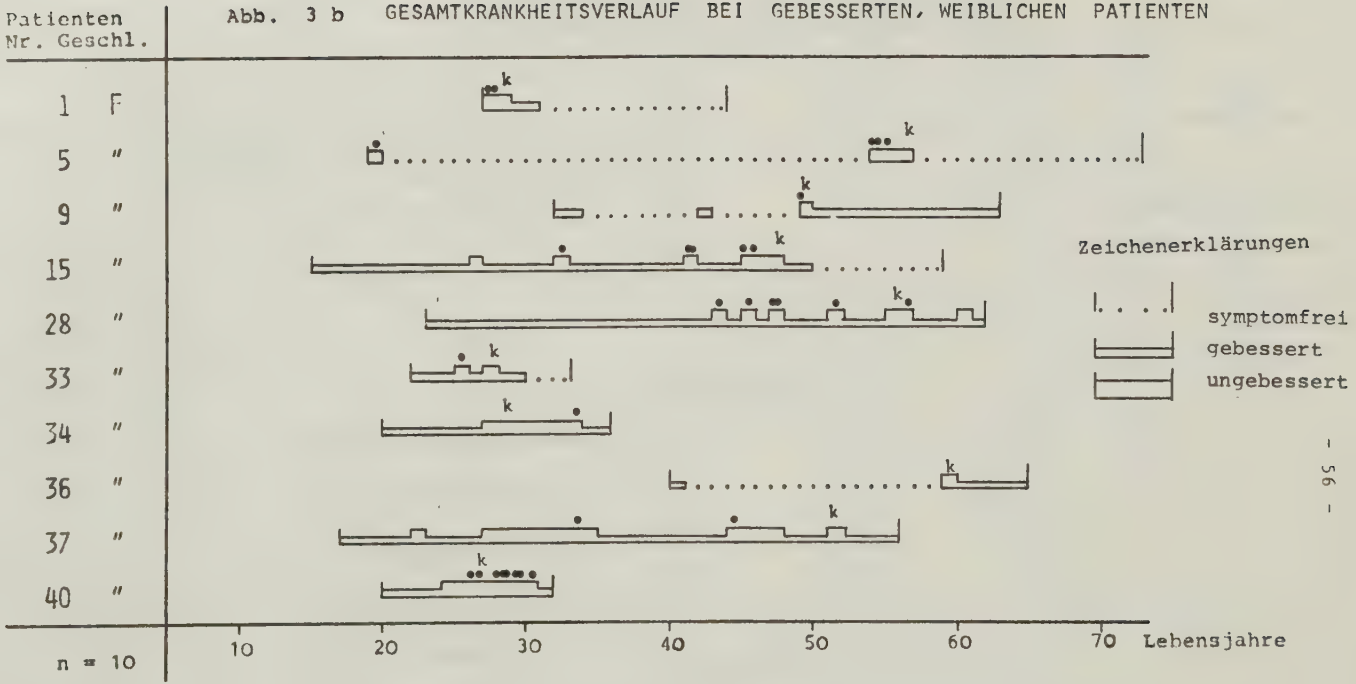
4.5 Beziehung zwischen der klinischen Beurteilung bei der Nachuntersuchung und der Art des gesamten Krankheitsverlaufes

Das Vorgehen zur Rekonstruktion der individuellen Zwangsneurosen vom Erkrankungsbeginn bis zur Nachuntersuchung war das Gleiche wie zuvor beschrieben. Als weiterreichende Quellen wurden die Fallgeschichten der Patienten aus dem Archiv der Nervenklinik der FU Berlin hinzugezogen.

In den schematischen Darstellungen der Gesamterkrankungsverläufe (Abb. 3 a bis e) wurden die Patienten - nach Geschlechtern getrennt - in 4 Gruppen entsprechend ihrer klinischen Beurteilung zusammengefaßt.

Die Kenntnis der Erkrankungsdauer und Entwicklung der Zwangsneurose im Leben der einzelnen Patienten kann nun zur endgültigen Beantwortung der Frage beitragen, wie sicher die Aussage der klinischen Beurteilung bei der Nachuntersuchung eingeschätzt werden darf. Es muß davon ausgegangen werden, daß der Zeitpunkt

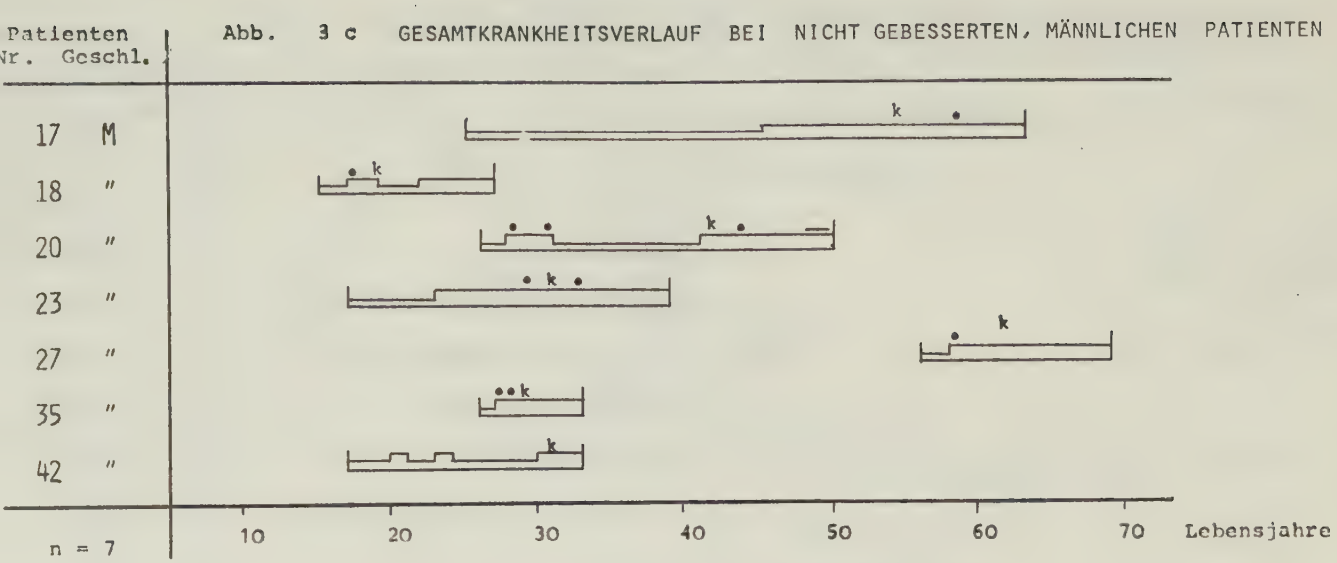

Patienten Nr. Geschl.
Abb. 3 a GESAMTKRANKHEITSVERLAUF BEI GEBESSERTEN, MÄNNLICHEN PATIENTEN
4 M
6 "
8 "
13 "
14 "
21 "
29 "
39 "
41 "
43 "
10
20
30
40
50
60
70
Lebensjahre
n = 10
Zeichenerklärung
symptomfrei
gebessert
ungebessert
k Klinikaufenthalt, der dem Katamnesezeitraum zugrunde liegt
• Klinikaufenthalt, unter 1 Jahr dauernd
— Klinikaufenthalt, über 1 Jahr dauernd



- 56 -

K Klinikaufenthalt, der dem Katamnesezeitraum zugrunde liegt

• Klinikaufenthalt, unter 1 Jahr dauernd



Zeichenerklärung

symptomfrei

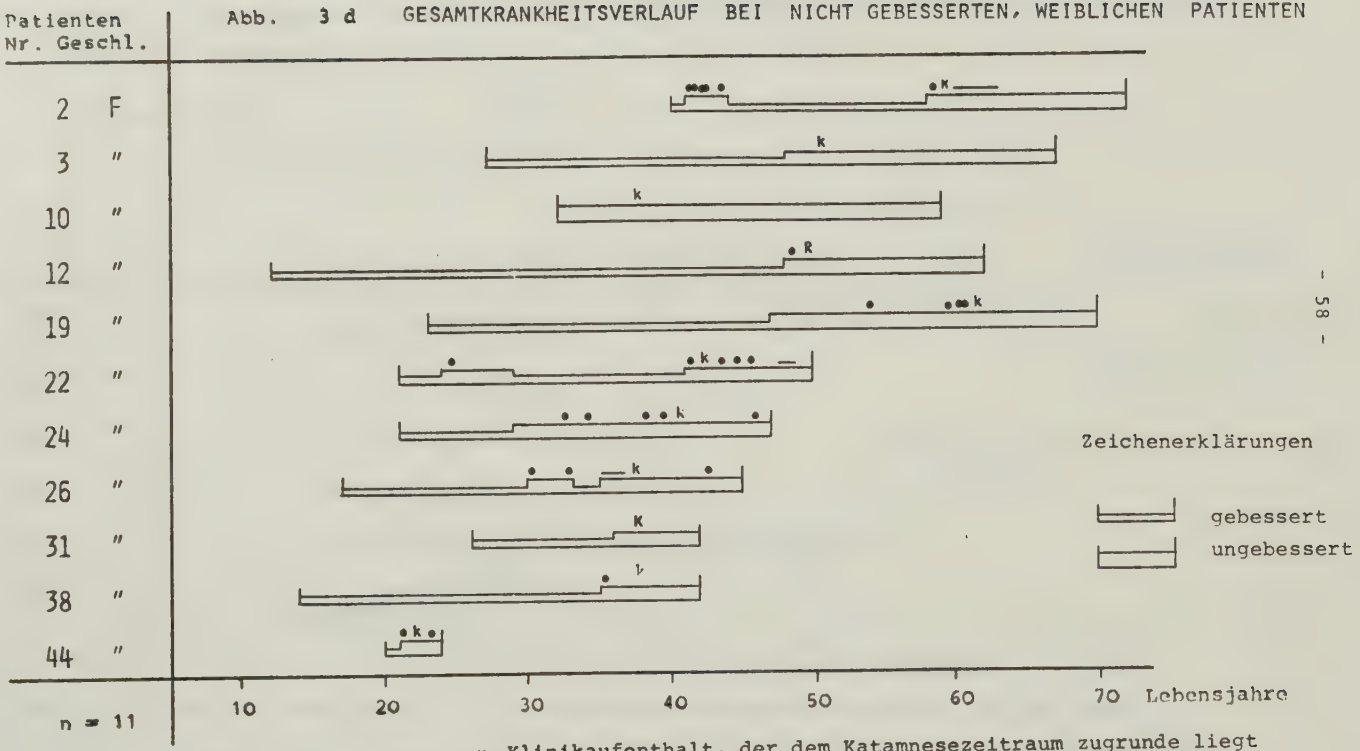
gebessert

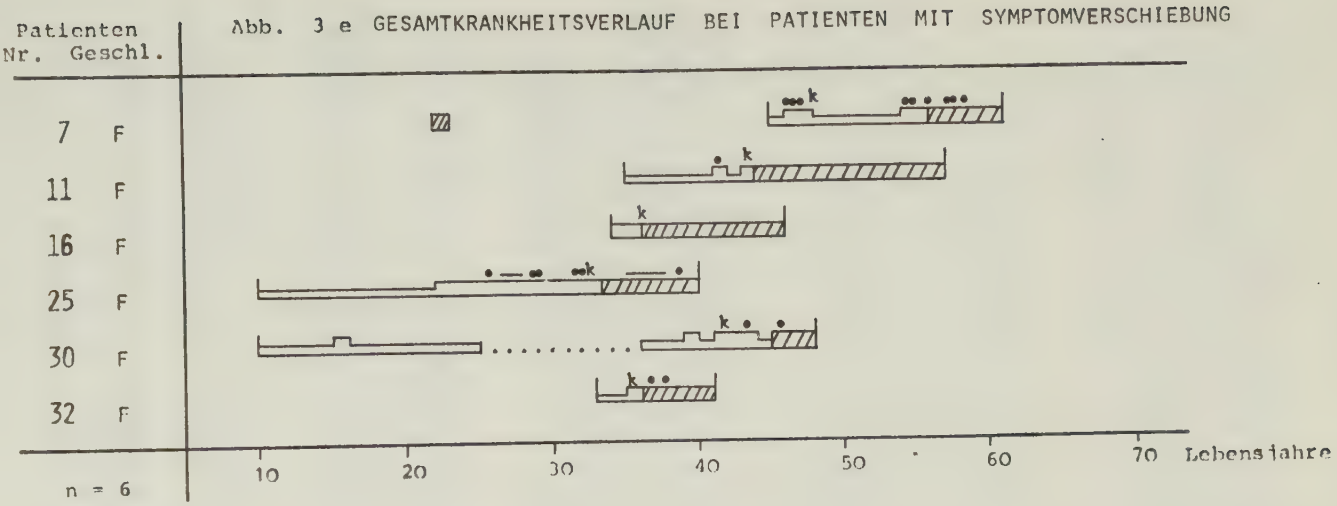
ungebessert

K Klinikaufenthalt, der dem Katamnesezeitraum zugrunde liegt

• Klinikaufenthalt, unter 1 Jahr dauernd

—— Klinikaufenthalt, über 1 Jahr dauernd


Patienten
Nr. Geschl.
Abb. 3 d GESAMTKRANKHEITSVERLAUF BEI NICHT GEBESSERTEN, WEIBLICHEN PATIENTEN
2 F
3 "
10 "
12 "
19 "
22 "
24 "
26 "
31 "
38 "
44 "
n = 11
10
20
30
40
50
60
70 Lebensjahre
Zeichenerklärungen
gebessert
ungebessert
K Klinikaufenthalt, der dem Katamnesezeitraum zugrunde liegt
Klinikaufenthalt, unter 1 Jahr dauernd
Klinikaufenthalt, über 1 Jahr dauernd



Zeichenerklärungen

- symptomfrei
- gebessert
- ungebessert
- Symptomwandel

k Klinikaufenthalt, der dem Katamnesezeitraum zugrunde liegt
• Klinikaufenthalt, unter 1 Jahr dauernd
— Klinikaufenthalt, über 1 Jahr dauernd

der Nachuntersuchung in jedem Fall willkürlich in Bezug auf den Krankheitsverlauf anzusehen ist. Die Sicherheit einer Beurteilung hängt von der bisherigen Erkrankungsdauer und vor allem davon ab, wie sich der Erkrankungsverlauf bis zum Untersuchungszeitpunkt gestaltete. Je sicherer die Beurteilung ist, desto wahrscheinlicher entspricht auch der zukünftige Verlauf der Erkrankung einer auf dieser Beurteilung ruhenden Prognose.

Aus der Betrachtung der Gesamterkrankungen+ ergibt sich folgendes:

1. Es gibt Verläufe, die als "kontinuierlich" bezeichnet werden können, d.h. nach Erkrankungsbeginn und erstmaliger Verschlechterung findet sich bis zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung anhaltende Besserung oder keine Besserung mehr. In diesen Fällen kann die klinische Beurteilung wohl als sicher gelten.
2. Im Gegensatz dazu sind andere Verläufe als "wechselnd" zu beurteilen, d.h. nach Erkrankungsbeginn und erstmaliger Verschlechterung bessert sich der Zustand mindestens einmal, verschlechtert sich erneut, um sich zum Katamnesezeitpunkt gerade in einem als "gebessert" oder "ungebessert" definierten Erkrankungsstadium zu befinden. Dieser Wechsel läßt die klinische Beurteilung "besser" oder "ungebessert" als nicht ausreichend gesichert erscheinen.
   Zweimal sogar führten die intermittierenden Besserungen zu einigen Jahren Symptomfreiheit (s. Patienten Nr. 4 und 43).
3. Besonders auffällig und den Merkmalen "kontinuierlich" oder "wechselnd" nicht einfach zuzuordnen, sind 3 Verläufe mit "Vorepisoden" (s. Patienten Nr. 5, 9 und 36). Hierbei handelt es sich um Verläufe, bei denen viele Jahre Symptomfreiheit einer (Pat. Nr. 5 und 36) bzw. zwei (Pat. Nr. 9) kurzen, weniger als zwei Jahre anhaltenden

+ Patienten, die eine Änderung der Symptomatik aufweisen, wurden nicht berücksichtigt.

Episoden zwangsneurotischer Erkrankung folgen. Erst im höheren Alter kommt es bei diesen Patienten zu einer starken Reexacerbation, der Erkrankungsverläufe mit dem Merkmal "kontinuierlich" folgen. Sicher stellen diese Verläufe mit ihren "Vor-Episoden" eine Besonderheit dar. Auf diese Fälle wird später noch gesondert mit Fallbeschreibungen eingegangen.
Wegen des extrem langen symptomfreien Intervalls wird bei diesen Patienten als Erkrankungsbeginn erst die Reexacerbation im höheren Alter angesehen und die Patienten werden der Merkmalsgruppe "kontinuierlich" zugeordnet.

Tab. 10 gibt eine Übersicht, wieviele der 38 Patienten den Merkmalen "kontinuierlich" bzw. "wechselnd" zuzuordnen sind und welche Anteile gebesserte Patienten (klinisch 1) und 2)) und ungebesserte Patienten (klinisch 3)) hieran haben.

Bei der Untersuchung der Krankheitsverläufe im Katamnesezeitraum mußte die klinische Beurteilung bei nur 4 Patienten (3 davon besser, 1 ungebessert) wegen eines wechselnden Verlaufs als unsicher angesehen werden. Im Gegensatz dazu hat sich die Anzahl der Patienten mit wechselndem Verlauf aus der Sicht der Gesamterkrankung nun erheblich erhöht, auf 14, davon 8 "besser" und 6 "ungebessert".

Dieses Ergebnis macht eine Überprüfung notwendig, inwieweit die klinische Beurteilung der 14 Patienten mit wechselndem Gesamtverlauf unzuverlässiger ist als die der 24 Patienten, deren Erkrankung kontinuierlich zu Besserung oder Nicht-Besserung führte.

Bei der Beschreibung des Verfahrens zur Rekonstruktion der Krankheitsverläufe wurde betont, daß nur relative Veränderungen im Zustand des einzelnen Patienten ermittelt werden konnten.

Deshalb bot sich als Prüfgröße nur eine Gegenüberstellung der Jahre relativ gebesserter und relativ nichtgebesserter Zustände im Verlauf der Erkrankung der einzelnen Patienten an.

Klinische Beurteilung	Anzahl der Patienten nach Merkmal des Krankheitsverlaufs kontinuierlich	wechselnd	gesamt
besser+	12	3	20
ungebessert	12	6	18
Summe	24	14	38

Tab. 10 Beziehung zwischen Gesamtkrankheitsverlauf und klinischer Beurteilung bei der Nachuntersuchung

+ "besser" fasst Patienten zusammen,die frei von Symptomen und gebessert waren.

Verlaufsmerkmal	Klinische Beurteilung	Jahre gebesserter Zustände	:	Jahre ungebesserter Zustände
kontinuierlich	besser	2	:	1
	ungebessert	1	:	1
wechselnd	besser	3	:	1
	ungebessert	1	:	1

Tab. 11 Verhältnis zwischen den Jahren relativ gebesserter und relativ ungebesserter Zustände im gesamten Erkrankungsverlauf als Prüfgröße für den Einfluß des Verlaufsmerkmals auf die klinische Beurteilung.

Ein Patient, bei dem in der Katamnese sicher mit einer Besserung gerechnet werden kann, sollte auch bei wechselndem Verlaufsmerkmal überwiegend Jahre gebesserter Zustände aufweisen. Patienten, die als sicher ungebessert gelten müssen, sollten zumindest kein Überwiegen gebesserter Zustände aufweisen.

Dieser Überlegung entsprechend wurden für die einzelnen Patienten die Jahre gebesserter und ungebesserter Zustände ermittelt und über die Gruppierungen aufsummiert. Als Ergebnis kann Tab. 11 nun entnommen werden, daß Patienten, die bei der Nachuntersuchung im Vergleich zum zugrundeliegenden Klinikaufenthalt als gebessert beurteilt wurden, auch wesentlich längere Zeiten einer relativen Besserung erlebten, als Patienten, die bei der Nachuntersuchung als ungebessert eingestuft wurden. Ein Überwiegen der gebesserten Zustände findet sich sowohl bei kontinuierlichem wie auch bei wechselndem Verlaufsmerkmal, wenn Patienten mit der klinischen Beurteilung "besser" betrachtet werden. Ungebesserte Patienten weisen dieses Überwiegen bei beiden Verlaufsmerkmalen nicht auf.

Dies zeigt klar, daß die Aussagekraft der klinischen Beurteilung bei der Nachuntersuchung weder von dem Verlaufscharakter "wechselnd" noch von einem "kontinuierlichen" Gesamtverlauf beeinträchtigt wird. Die klinische Beurteilung kann also als sicher und als repräsentativ auch für den Gesamtverlauf angesehen werden. Daher kann diese Beurteilung ohne weiteres bei der Untersuchung prognostisch relevanter Faktoren zugrunde gelegt und Einzelereignissen aus dem Gesamtkrankheitsverlauf gegenübergestellt werden.

4.6 Untersuchung zur Ermittlung prognostisch relevanter Faktoren

Im Folgenden sollen an Hand der klinischen Beurteilung bei der Nachuntersuchung die Einflüsse von Faktoren untersucht werden, die möglicherweise von prognostischer Bedeutung sind.

Diese Untersuchung erstreckt sich einmal über die gesamte Gruppe der Nachuntersuchten, und es wird gesondert auf die Unterschiede im Krankheitsverlauf bei Männern und Frauen eingegangen.

4.61 Länge des Katamnesezeitraumes

Bei der ersten Betrachtung der vorliegenden Fälle ergab sich die Vermutung, daß ein Zusammenhang zwischen der klinischen Beurteilung und der Länge des Katamnesezeitraumes besteht. Entsprechende Tendenzen wurden in der Literatur von mehreren Autoren mitgeteilt (siehe 2.4 Literatur zu Verlauf und Prognose, 8. Kriterium).

Zur Untergliederung der Länge des Katamnesezeitraumes wurden die Zeiträume 2-5, 6-10 und 11-16 Jahre gewählt. Die Patienten der klinischen Kategorien "frei von Zwangssymptomatik" und "gebessert" und "ungebessert" wurden diesen gewählten Zeitabständen zugeordnet. Die Patienten, in deren Krankheitsverlauf ein Symptomwechsel auftrat, wurden wegen der zuvor gefundenen Uneinheitlichkeit in der sozialen Beurteilung hierbei nicht berücksichtigt.

Gruppe der klin.Beurt.	Katamnesezeiträume in Jahren 2-5	6-10	11-16	Gruppe Gesamt
Frei von Zwangssymptomatik (1)	1	1	3	5
Gebessert (2)	7	2	6	15
Ungebessert (3)	5	9	4	18
Zeitraum				N
Gesamt	13	12	13	N 38

Tab. 12 Untergliederung des Katamnesezeitraumes in 5 Jahre-abständen

Die Betrachtung dieser Tabelle suggeriert die Hypothese: Je länger der Katamnesezeitraum, desto günstigere Ergebnisse können beobachtet werden; d.h. eine längere Krankheitsdauer würde eine Besserung bewirken oder diese durch Anpassung an die Symptomatik vortäuschen.

Eine statistische Analyse, ob die in Tab. 12 aufgeführte Verteilung nicht nur zufällig ist und demnach diese Hypothese abzulehnen ist, kann mit den vorliegenden Werten nicht durchgeführt werden: Die Randzahlen (Gruppe Gesamt) sind nicht gleich groß, und es treten in den Spalten zu kleine (5) erwartete Häufigkeiten auf. Da keines der statistischen Testverfahren (chi^2-Test, m mal k-Tafel) zulässig ist, muß daher durch logische Gruppenbildung versucht werden, die Testbedingungen zu erfüllen (WEBER, 1972). Es können die klinischen Kategorien 1) und 2) als "Besser" zusammengefasst werden und mit der klinischen Kategorie 3) "Ungebessert" "kurzen" und "langen" Katamnesezeiträumen gegenübergestellt werden. Für die Zusammenfassung der Katamnesezeiträume ergaben sich die Alternative 1, die als "kurz" 2-10 Jahre zusammenfasst und als "lang" die Spalten 11-16 Jahre bestehen lässt, und eine Alternative 2, die als "kurz" 2-5 Jahre bestehen lässt, als "lang" dagegen 6-16 Jahre zusammenfasst. Und es ist ein Kompromiß 3 möglich, der als "kurz" 2-8 Jahre und als "lang" 9-16 Jahre Katamnesezeitraum bezeichnet.

Die Tab. 13 zeigt die Häufigkeit für "Besser" und "Ungebessert" in "kurzen" und "langen" Katamnesezeiträumen entsprechend Alternative 1 und 2 an und entsprechend Kompromiß 3.

Die Alternative 1 ergibt eine deutliche Abnahme "ungebesserter" Patienten bei "langem" (11-16 Jahre) Katamnesezeitraum, die Alternative 2 dagegen eine deutliche Abnahme für "ungebesserte" Patienten und bei "kurzen" (2-5 Jahre) Katamnesezeiträumen. Der Kompromiß 3 ergibt eine geringe Abnahme bei "langem" (9-16 Jahre) Katamnesezeitraum.

Die Hypothese, es seien nach längerer Katamnesedauer günstigere Ergebnisse der klinischen Beurteilung zu erwarten, kann somit statistisch nicht gesichert werden und nicht aufrechterhalten bleiben.

Der zunächst vermutete Zusammenhang scheint durch eine eher zufällige Häufung ungebesserter Patienten für den Katamnesezeitraum zwischen 5 und 10 Jahren provoziert zu sein.

Alternative 1

Klinische Beurteilung	"Kurz" 2-10 J.	"Lang" 11-16 J.	Summe
"besser"	11	9	20
"ungebessert"	14	4	18
Summe	25	13	N_k 38

Alternative 2

Klinische Beurteilung	"Kurz" 2-5 J.	"lang" 6-16 J.	Summe
"besser"	8	12	20
"ungebessert"	5	13	18
Summe	13	25	N_k 38

Kompromiss 3

Klinische Beurteilung	"Kurz" 2-8 J.	"Lang" 9-16 J.	Summe
"besser"	11	9	20
"ungebessert"	12	6	18
Summe	23	15	N_k 38

Tab. 13 Einfluß der Länge des Katemnesezeitraumes auf das Ergebnis der klinischen Beurteilung bei 38 der nachuntersuchten Patienten

Als "besser" wurden die klinischen Beurteilungsgruppen 1) und 2) zusammengefaßt. Gruppe 4 ist nicht berücksichtigt.

4.62 Erkrankungsalter

Als Erkrankungsalter wurde der vom Patienten als Beginn der vorliegenden Erkrankung datierte Zeitpunkt gewählt. Bei Auftreten von Zwangssymptomen in der Kindheit wurden diese nur dann als Erkrankungsbeginn angesehen, wenn sie sich während der Jugend, wenn auch schwankend, fortsetzten und noch vor dem 20. Lebensjahr in einen chronischen Verlauf übergingen. Nicht als Erkrankungsbeginn wurden einzelne, episodische Kindheitssymptome gewertet, ebenso kurzdauernde Erkrankungen mit zwangsneurotischer Symptomatik, denen ein oder zwei längere symptomfreie Perioden folgten (s.Pat.Nr. 5, 9, 36).

Die Beziehung des Erkrankungsalters zur klinischen Beurteilung bei der Nachuntersuchung zeigt Tab. 14, in der jede Zeile ein Dezennium Lebensalter überspannt. Aus den Häufigkeitsangaben dieser Tabelle geht hervor:

1. Der größte Anteil der Patienten (18) erkrankt im zweiten Lebensjahrzehnt, der nächstgrößte (12) im dritten Jahrzehnt und ein geringer Anteil (6) erst im Vierten, davon drei mit nachfolgendem Symptomwandel.

2. 3 Patienten erkrankten in der Kindheit, davon erlebten 2 im Verlauf der Erkrankung einen Symptomwandel.

3. 5 Patienten erkrankten erst im höheren Alter. Hiervon wiesen 3 Patienten kurze Vor-Episoden mit längeren (35, 10 bzw. 16 Jahren), symptomfreien Perioden auf. Eine Patientin erlebte einen Symptomwandel.

4. Es findet sich ein günstiger Einfluß eines frühen Erkrankungsbeginnes.
   Zwischen dem 11. und 20. Lebensjahr erkrankten 18 Patienten und in dieser Gruppe sind die meisten, nämlich 11, Besserungen zu verzeichnen, gegenüber 7 ungebesserten.

Alter bei Erkrankungsbeginn	Anzahl der Patienten pro klinische Beurteilungskategorie				
	symptomfrei	gebessert	ungebessert	Änderung der Symptomatik	gesamt
bis 10 Jahre	-	1 (1)	-	2	3 (1)
11 - 20 "	1	10 (7)	7 (3)	-	18 (10)
21 - 30 "	3 (1)	1	8 (3)	-	12 (4)
31 - 40 "	-	1 (1)	2	3	6 (1)
41 - 50 "	-	1	-	1	2
51 - 60 "	1	1	1 (1)	-	3 (1)
Summe	5 (1)	15 (8)	18 (7)	6	44 (17)

Tab. 14 Beziehung zwischen Alter bei Erkrankungsbeginn und klinischer Beurteilung bei der Nachuntersuchung

( ) Anteile männlicher Patienten an den Gruppen sind jeweils in Klammern angegeben.

Von den 12 Patienten, die zwischen dem 21. und 30. Lebensjahr erkrankten und somit den zweiten Häufigkeitsrang im Erkrankungsalter einnehmen, können dagegen nur 4 als gebessert und 8 als ungebessert eingestuft werden.

Bemerkenswert ist darüberhinaus, daß männliche Patienten am Erkrankungsalter zwischen 11. und 20. Lebensjahr mit 10 von 18 wesentlich höheren Anteil haben, als es ihrem Anteil an der Gesamtgruppe entspricht (17 von 44), und sie in dieser Gruppierung auch unter den Besserungen (7 von 11) über ihren Anteil vertreten sind.

4.63 Alter bei der ersten Klinikaufnahme

Als Alter bei der ersten Klinikaufnahme galt das Alter beim ersten Klinikaufenthalt nach Erkrankungsbeginn auf Grund der Zwangsneurose. Die Beziehung des Alters bei der ersten klinischen Aufnahme zur klinischen Beurteilung bei der Nachuntersuchung ist Tab. 15 zu entnehmen. Aus dieser Tabelle geht hervor:

1. Überwiegende Besserungen (5:1) finden sich bei Patienten, die zwischen dem 11. und 20. Lebensjahr eine Klinik aufsuchten.
2. Überwiegend ungebesserte Verläufe (5:2) finden sich bei Patienten, die zwischen dem 31. und 40. Lebensjahr erstmalig eine Klinik aufsuchten.
3. Der Anteil gebesserter und ungebesserter Verläufe ist gleich bei Patienten, die zwischen dem 21. und 30. Lebensjahr und nach dem 41. Lebensjahr eine Klinik aufsuchten.

Bemerkenswert ist, daß alle Patienten, die zwischen dem 11. und 20. Lebensjahr eine Klinik aufsuchten, männlich sind und somit auch das Überwiegen der Besserungen in dieser Gruppe für männliche Patienten gilt. Auch in der Gruppe derer, die zwischen dem 21. und 30. Lebensjahr eine Klinik erstmals aufsuchten, sind männliche Patienten im Verhältnis zu ihrem Anteil an der Ge-

Alter bei 1.er Klinikaufnahme	Anzahl der Patienten pro klinische Beurteilungskategorie symptomfrei	gebessert	ungebessert	Änderung der Symptomatik	gesamt
11 bis 20 Jahre	-	5 (5)	1 (1)	-	6 (6)
21 - 30 "	3 (1)	4 (2)	6 (3)	1	14 (6)
31 - 40 "	1	1	5 (1)	3	10 (1)
41 - 50 "	-	4 (2)	4	2	10 (2)
51 - 60 "	1	1	2 (2)	-	4 (2)
Summe	5 (1)	15 (9)	18 (7)	6	44 (17)

Tab. 15 Beziehung zwischen Alter bei der ersten Klinikaufnahme und der klinischen Beurteilung bei der Nachuntersuchung

( ) Anteile männlicher Patienten an den Gruppen sind jeweils in Klammern angegeben.

samtgruppe überrepräsentiert, verteilen sich aber gleichmäßig auf die fast gleichgroßen Gruppen gebesserter bzw. ungebesserter Patienten. Dagegen sind männliche Patienten unterrepräsentiert bei den Patienten, die zwischen dem 31. und 50. Lebensjahr erstmals in eine Klinik kamen.

4.64 Intervall zwischen Erkrankungsbeginn und erster Klinikaufnahme

Als Intervall wurde die Anzahl der Jahre zwischen dem in 4.62 definierten Erkrankungsbeginn und dem unter 4.63 definierten ersten Klinikaufenthalt bezeichnet.

Das durchschnittliche Intervall beträgt für männliche Patienten 8 Jahre, für weibliche 10 Jahre.

Daher erscheint es für die nachuntersuchte Gruppe sinnvoll, die klinische Beurteilung zum Katamnesezeitpunkt zu Intervallen, die unter bzw. über dem durchschnittlichen Intervall der männlichen bzw. weiblichen Patienten liegen, in Beziehung zu setzen (s. Tab. 16).

Es kann gesagt werden, daß ein unterdurchschnittliches Intervall prognostisch günstig ist. Ein überdurchschnittliches Intervall ist für weibliche Patienten prognostisch ungünstig.

Anzahl männlicher Patienten

Intervall +	besser	ungebessert
unter 8 Jahren	7	4
über 8 Jahre	3	3

Anzahl weiblicher Patienten

Intervall ++	besser	ungebessert	Änderung der Symptomatik
unter 10 Jahre	7	4	4
über 10 Jahre	3	7	2

Tab. 16 Beziehung zwischen dem Intervall vom Erkrankungsalter bis zum Alter bei der ersten Klinikaufnahme und der klinischen Beurteilung bei der Katamnese

\+ für Männer beträgt das durchschnittliche Intervall 8 Jahre.

++ für Frauen beträgt das durchschnittliche Intervall 10 Jahre.

4.65 Zusammenfassung der Geschlechtsdifferenzen

Aus den unter 4.6 bisher gewonnenen Ergebnissen konnten folgende Durchschnittswerte, für Erkrankungsalter, Alter bei 1. Klinikaufnahme und Intervall bei männlichen und weiblichen Patienten ermittelt werden:

		Männer	Frauen
Durchschnittl.	Erkrankungsalter	20,9 J.	27,1 J.
"	Alter 1.Klinikaufn.	28,9 J.	37, 1 J.
"	Intervall	8 J.	10 J.

Tab. 17 a

Männer erkranken durchschnittlich früher und kommen bereits nach kürzerem Intervall in eine Klinik als Frauen.

Der Überblick über den Anteil männlicher bzw. weiblicher Patienten an den Gruppen der klinischen Beurteilungen zum Katamnesezeitpunkt ergibt:

	Männer	Frauen	Gesamt
Symptomfrei + Gebessert	10 (1+9)	10 (4+6)	20
Ungebessert	7	11	18
Symptomwandel	-	6	6
Gesamt	17	27	44

Tab. 17 b

Besserungen überwiegen bei männlichen Patienten mit 10:7.

Verhältnisgerechte Anteile von Männern und Frauen an der Gesamtgruppe (ca. 2:3) sind nur bei den als ungebessert beurteilten Patienten festzustellen. Unter den als gebessert beurteilten sind zwar mehr Frauen symptomfrei, aber insgesamt nicht ihrem Anteil an der Gesamtgruppe entsprechend vertreten. Alle Patienten mit Symptomverschiebungen sind Frauen.

Unter 4.62 und unter 4.63 wurde als besonders bemerkenswert gefunden, daß früh erkrankte Männer, die früh in die Klinik kommen, ebenfalls einen hohen Anteil an den Besserungen haben. Die

Geschlechtsdifferenzen können demnach wie folgt zusammengefaßt werden:
Früh erkrankte und zeitig in eine Klinik aufgenommene Männer stellen einen hohen Anteil der bei der Nachuntersuchung als gebessert bezeichneten Patienten. Bei weiblichen Patienten konnte ein solcher Zusammenhang nicht beobachtet werden.

4.66 Allgemein kritische Altersphasen

Welche Beziehung die allgemein kritischen Phasen des Lebenslaufes wie Pubertät, Klimakterium und Eintritt in das Rentenalter zum Verlauf der Zwangsneurose haben, kann an den zuvor gezeigten Abbildungen der Gesamterkrankungsverläufe abgelesen werden. In diesem Abschnitt sollen nun die einzelnen Beobachtungen zusammengefasst werden.

1. Pubertät
Bis zum Alter von 20 Jahren erkrankten 21 Patienten. Es erhebt sich die Frage, ob die Pubertät ein Haupterkrankungszeitpunkt ist und ob zwischen Erkrankungsbeginn bzw. Erkrankungsverlauf und Pubertät ein für das katamnestische Ergebnis relevanter Zusammenhang besteht.

Als Pubertät wurde für beide Geschlechter das Alter zwischen dem 13. und dem vollendeten 15. Lebensjahr angenommen.

Aus der Anzahl der Patienten, die jeweils vor, während oder nach der Pubertät erkrankt sind, kann geschlossen werden, daß die Pubertät kein Haupterkrankungszeitpunkt ist: Vor der Pubertät liegt der Erkrankungsbeginn von 5 Patienten (3 Frauen, 2 Männer), während der Pubertät bei 6 Patienten (1 Frau, 5 Männer), wohingegen nach der Pubertät und vor dem 20. Jahr 10 Patienten (6 Frauen, 4 Männer) erkrankten. Über die Beziehung zwischen Erkrankungsbeginn vor, während und nach der Pubertät und der klinischen Beurteilung zum Katamnesezeitpunkt gibt Tab. 18 a Auskunft. In Klammern ist die Zahl männlicher Patienten

Erkrankungsbeginn liegt:	Anzahl der Patienten pro klinische Beurteilungskategorie				
	symptomfrei	gebessert	ungebessert	Änderung der Symptomatik	gesamt
vor der Pubertät	-	2 (2)	1	2	5 (2)
während "	1	4 (4)	1 (1)	-	6 (5)
nach "	-	5 (2)	5 (2)	-	10 (4)
Summe	1	11 (8)	7 (3)	2	21 (11)

Tab. 18 a Beziehung zwischen Pubertät und Erkrankungsbeginn zu der klinischen Beurteilung bei der Nachuntersuchung

( ) Anteile männlicher Patienten an den Gruppen stehen in Klammern

Erkrankungsalter	Anzahl männlicher Patienten besser +	ungebessert
vor der Pubertät und während "	6	1
nach der Pubertät	4	6

Erkrankungsalter	Anzahl weiblicher Patienten besser +	ungebessert	Symptomänderung
vor der Pubertät und während "	1	1	2
nach der Pubertät	9	10	4

Tab. 18 b Einfluß des Erkrankungsalters-unter Berücksichtigung der Pubertät-auf die klinische Beurteilung bei der Nachuntersuchung

+ "besser" fasst Patienten zusammen, die symptomfrei und gebessert waren.

angegeben. Aus der Tabelle kann zunächst entnommen werden:

bei vor der Pubertät
erkrankten Patienten (5) ist kein Einfluß auf die Prognose erkennbar;
bei während der Pubertät
erkrankten Patienten (6) ist ein günstiger Einfluß zu sehen;
bei nach der Pubertät
erkrankten Patienten (10) ist kein Einfluß feststellbar.

Differenziert man nun nach dem Geschlecht der Patienten, so ergibt sich, daß männliche Patienten mit einem Erkrankungsbeginn vor und während der Pubertät mit einer Ausnahme bei der Nachuntersuchung als gebessert eingestuft werden konnten, d.h. für Männer stellt dieser Erkrankungszeitpunkt einen prognostisch günstigen Zeitpunkt dar (siehe Tab. 18 b). Für weibliche Patienten findet sich kein derartiger Einfluß.

Eine Änderung des Krankheitsverlaufes während der Pubertät konnte bei einer der 5 bereits vor der Pubertät erkrankten Patienten im Sinne einer Verschlechterung festgestellt werden. Bei den übrigen 4 Patienten zeigte sich keine Änderung des Erkrankungsverlaufes während der Pubertät, allerdings kam es bei einem Patienten nach der Pubertät zu einem 4-jährigen symptomfreien Intervall.

Während der Pubertät sind also für bereits vorher erkrankte Patienten keine Besserungen zu erwarten.

2. Klimakterium

Als Klimakterium wurde derZeitraum zwischen dem 45. und 50. Lebensjahr bei weiblichen Patienten betrachtet.

13 Patientinnen haben z.Z. der Nachuntersuchung das Alter von 50 Jahren erreicht. Bei diesen Patientinnen hatte in diesen 5 Jahren das Krankheitsbild die in Tab. 19 aufgeführte Verlaufscharakteristik. Ohne erkennbaren Einfluß auf den Krankheits-

verlauf erlebten 5 Patientinnen die als Klimakterium definierte Altersphase, bei 2 Patientinnen ist ein schwankender Krankheitsverlauf zu beobachten, der sich jedoch auch in anderen Altersphasen dieser Patientinnen beobachten läßt.

Ein Einfluß im Sinne einer Verschlechterung konnte bei 4 Patientinnen gesehen werden, bei 2 Patientinnen traten Besserungen auf.

Ein genereller Einfluß des Klimakteriums auf den Verlauf der Zwangsneurose kann demnach nicht abgeleitet werden. Diese Beobachtung wird auch durch die Krankheitsverläufe derjenigen Patientinnen unterstützt, die bereits älter als 45 Jahre sind, aber noch nicht das 50. Lebensjahr erreicht haben. Es finden sich zur Zeit der Katamnese 3 bisher konstante Krankheitsverläufe, bei einer Patientin fand ein Symptomwandel statt.

Erkrankungsverlauf im Klimakterium	Anzahl der Patientinnen
ohne Änderung	5
schwankend	2
verschlechtert	4
gebessert	2
Summe	13

Tab. 19 Verlaufscharakteristik der Zwangsneurose bei Patientinnen während des Klimakteriums

3. Eintritt in das Rentenalter

Als Eintritt in das Rentenalter wurde das 60. Lebensjahr gewählt. 11 Patienten hatten bei der Nachuntersuchung dieses Alter überschritten.

Bei 2 Patienten kann eine Besserung nach dem 60. Lebensjahr festgestellt werden, die jedoch auf Grund des langjährig wechselnden bzw. episodischen Verlaufes nicht als altersbedingt angesehen werden kann. Dem stehen 6 unverändert ungebesserte und 2 unverändert gebesserte Verläufe gegenüber. Eine Patientin hatte bereits einige Jahre vor Erreichen dieses Alters eine Symptomverschiebung erlebt, die sich unverändert in das 7. Dezenium fortsetzte.

Demgegenüber konnte in einem Einzelfall die vorzeitige Pensionierung im Alter von 50 Jahren die Besserung einer Zwangsneurose veranlassen. Der Patient erlebte das Ausscheiden aus dem Arbeitsleben als große Erleichterung und führte seine Besserung teilweise darauf zurück. Zusammenfassend ist festzustellen, daß das Erreichen des Rentenalters generell keine Änderung des Krankheitsverlaufes mit sich bringt.

4.67 Kindheitssymptome

Bei der Rekonstruktion der Krankheitsverläufe wurde besonders auf psychogene Störungen geachtet, die vor Vollendung des 13. Lebensjahres auftraten. Diese im folgenden als Kindheitssymptome bezeichneten Störungen lassen sich in 3 Symptomgruppen unterteilen:

1. Zwangssymptome bei 10 Patienten
2. schwere andere psychische Störungen bei 9 Patienten
3. allgemeine Auffälligkeiten bei 11 Patienten.

Zu 1. Zwangssymptome

10 der nachuntersuchten Patienten hatten bereits vor Vollendung des 13. Lebensjahres Zwangssymptome. Der Krankheitsverlauf dieser 10 Patienten ist in Abb. 4 gesondert dargestellt.

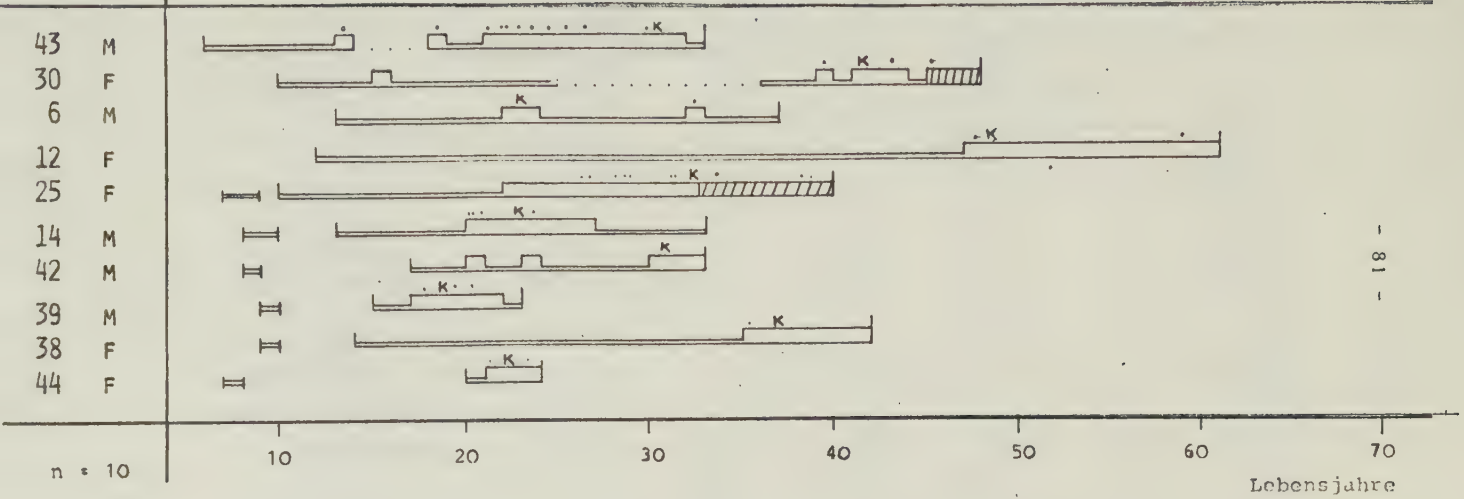
Bei 5 dieser Patienten setzte sich die Symptomatik über mehrere Jahre fort und ging noch vor dem 20. Lebensjahr in einen chronischen Verlauf über. In diesen Fällen wurde die Kindheitssymptomatik bereits als Erkrankungsbeginn (s. 4.62) gewertet. In 5 anderen Fällen waren diese Kindheitssymptome eher eine Episode und gingen dem Beginn einer sich chronifizierenden Zwangsneurose um mehrere Jahre voraus. Der Beginn der Erkrankung lag dann zwischen 13 und 20 Jahren.

Von diesen 10 Patienten mit Zwangssymptomen in der Kindheit waren zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung 4 gebessert, 4 unverändert und 2 zeigten eine Symptomverschiebung.

Zu 2. schwere andere psychische Störungen

Andere schwere psychische Störungen in der Kindheit wurden bei weiteren 9 Patienten ermittelt. Es handelt sich hierbei um phobische Symptome (3 Patienten), um Depressionen (2 Patienten) und um aggressive Durchbrüche, Asthma, Enuresis und Jactationen bei je einem Patienten. Zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung waren 2 von diesen Patienten symptomfrei, 3 gebessert und 4 in unverändertem Zustand.

Abb. 4 GESAMTKRANKHEITSVERLÄUFE UND ZWANGSSYMPTOMATIK IN DER KINDHEIT



Zeichenerklärung

- symptomfrei
- gebessert
- ungebessert
- Symptomwandel

K Klinikaufenthalt, der dem Katamnesezeitraum zugrunde liegt

• Klinikaufenthalt, unter 1 Jahr dauernd

Zu 3. Allgemeine Auffälligkeiten

Über die Kindheit 11 weiterer Patienten war zu erfahren, daß sie ängstlich, kontaktgestört, still und/oder pingelig und peinlich sauber waren.

Zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung wurden von diesen 3 gebessert und 9 ungebessert gefunden.

Tab. 20 gibt einen Überblick über die Anzahl der Patienten mit den 3 genannten Arten von Kindheitssymptomen und ihre klinische Beurteilung zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung sowie der Patienten und ihrer Beurteilung, bei denen keine Kindheitssymptome ermittelt wurden.
Bei 30 (das sind 2/3) der nachuntersuchten Patienten wurden Kindheitssymptome festgestellt. Unter diesen 30 Patienten wurden fast alle (16 von 18) Patienten angetroffen, die bei der Nachuntersuchung als nicht gebessert beurteilt wurden. Dagegen wurden von 14 Patienten, aus deren Kindheit keine Angaben über psychische Auffälligkeiten vorlagen, nur 2 Patienten als nicht gebessert bei der Nachuntersuchung gefunden.

Kindheitssymptome sind demnach bei dem größten Teil der Patienten mit Zwangsneurosen vorhanden und haben prognostisch ungünstige Bedeutung. Eine Betrachtung, ob und welche Unterschiede in der prognostischen Bedeutung bei den 3 beschriebenen Arten von Kindheitssymptomen vorhanden sind, führte zu dem Ergebnis, daß "allgemeine psychische Auffälligkeiten" und "andere schwere psychische Störungen" in der Kindheit als besonders ungünstig anzusehen sind. Für "Zwangssymptome" in der Kindheit besteht ungünstige prognostische Bedeutung fast ausschließlich für weibliche Patienten, wohingegen bei männlichen Patienten dieses Kindheitssymptom nicht als prognostisch ungünstig gelten kann.

Symptomatik in der Kindheit	Anzahl der Patienten pro klinische Beurteilungskategorie: symptomfrei	gebessert	ungebessert	Änderung der Symptomatik	gesamt
Zwangssymptome	-	4 (4)	4 (1)	2	10 (5)
andere, schwere psych. Störungen	2 (1)	3 (2)	4 (4)	-	9 (7)
allg. psych. Auffälligkeiten	-	3	8 (2)	-	11 (2)
Kindheitssymptome insgesamt	2 (1)	10 (6)	16 (7)	2	30 (14)
keine Angaben	3	5 (3)	2	4	14 (3)
Summe	5 (1)	15 (9)	18 (7)	6	44 (17)

Tab. 20 Beziehung zwischen Kindheitssymptomen und klinischer Beurteilung bei der Nachuntersuchung

( ) Anteile männlicher Patienten an den Gruppen stehen in Klammern.

4.68 Prämorbid anankastische Charakterstruktur

Zur Feststellung der prämorbiden Persönlichkeit wurden Angaben der Patienten bei den Aufnahmeuntersuchungen herangezogen, die auf ihre Charakterstruktur schließen ließen.

Die 10 Patienten, die bereits während ihrer Kindheit Zwangssymptome aufwiesen, wurden der Gruppe mit prämorbid anankastischer Charakterstruktur zugerechnet und ebenfalls diejenigen Patienten, bei deren Aufnahmeuntersuchung gehäuft Eigenschaften erwähnt wurden wie: ängstlich, kontaktscheu, penibel, perfektionistisch, gewissenhaft, ordentlich, pünktlich, entscheidungsunfähig und skrupulös.
Es war demnach bei fast 60 % (26 von 44) Patienten eine prämorbid anankastische Charakterstruktur festzustellen.

Tab. 21 zeigt eine Aufstellung der als prämorbid anankastisch bezeichneten Patienten und ihre klinische Beurteilung zum Zeitpunkt der Katamnese in Gegenüberstellung zu den prämorbid nicht anankastischen Patienten. In Klammern sind die Anteile männlicher Patienten angegeben.
Dieser Aufstellung ist zu entnehmen, daß bei den prämorbid nicht anankastischen Patienten der Anteil der von Zwangssymptomen befreiten und insgesamt gebesserten Patienten (11 = 4 + 7) weit überwiegt. Dagegen sind nahezu die Hälfte der prämorbid anankastischen Patienten bei der Nachuntersuchung nicht gebessert, das bedeutet, es sind genau doppelt soviele Patienten mit prämorbid anankastischer Charakterstruktur ungebessert gefunden worden als Patienten, die prämorbid dieses Merkmal nicht besaßen.

Die prämorbid anankastische Charakterstruktur muß daher als prognostisch ungünstig angesehen werden.

Prämorbide Charakterstruktur	Anzahl der Patienten pro klinische Beurteilungskategorie				
	symptomfrei	gebessert	ungebessert	Änderung der Symptomatik	gesamt
anankastisch	1	8 (6)	12 (4)	5	26 (10)
nicht anankastisch	4 (1)	7 (3)	6 (3)	1	18 (7)
Summe	5 (1)	15 (9)	18 (7)	6	44 (17)

Tab. 21 Beziehung zwischen prämorbider Charakterstruktur und klinischer Beurteilung bei der Nachuntersuchung

( ) Anteile männlicher Patienten an den Gruppen stehen in Klammern.

4.69 Art der Symptomatik

Um mögliche Zusammenhänge zwischen der Art der Symptomatik und der Prognose sichtbar zu machen, wurden die 44 nachuntersuchten Patienten in zwei Gruppen unterteilt:

Gruppe I umfaßt Patienten ohne Zwangshandlungen. Die Zwangsneurosen gehen überwiegend mit Zwangsvorstellungen, Zwangsgedanken und -impulsen und Grübelzwängen einher;

Gruppe II umfaßt Patienten mit ausgeprägten Zwangshandlungen, z.B. Kontroll-, Wasch- und Zählzwängen.

Bei der Einteilung wurde so verfahren, daß Patienten mit stark beeinträchtigenden Zwangsvorstellungen und minimalen Zwangshandlungen, die auch subjektiv nicht als beeinträchtigend erlebt wurden, wie z.B. leichte Kontrollen von Gas, Licht, Türschlössern, der Gruppe I zugeteilt wurden.

Tab. 22 zeigt die klinische Einteilung zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung für diese beiden Patientengruppen I und II. In Klammern ist der Anteil männlicher Patienten vermerkt.

Aus der Tabelle wird deutlich, daß alle Patienten, die zur Zeit der Katamnese symptomfrei sind, der Gruppe ohne Zwangshandlungen angehören. In dieser Gruppe ist der überwiegende Anteil (10 von 16) als gebessert anzusehen. Demgegenüber waren über die Hälfte der Patienten mit Zwangshandlungen nicht gebessert, während dies nur 2 der Patienten ohne Zwangshandlungen waren. Es wurden somit 8 mal soviele Patienten mit ausgeprägten Zwangshandlungen ungebessert gefunden, als Patienten ohne Zwangshandlungen.

Die Art der Symptomatik ist daher prognostisch von erheblicher Bedeutung.

Als günstig sind zweifellos Zwangsneurosen ohne ausgeprägte Zwangshandlungen anzusehen. Ausgeprägte Zwangshandlungen dagegen stellen ein ungünstiges Zeichen für den Krankheitsverlauf dar.

Art der Symptomatik	Anzahl der Patienten pro klinische Beurteilungskategorie				
	symptomfrei	gebessert	ungebessert	Änderung der Symptomatik	gesamt
I ohne Zwangshandlungen	5 (1)	5 (3)	2 (1)	4	16 (5)
II mit Zwangshandlungen	-	10 (6)	16 (6)	2	28 (12)
Summe	5 (1)	15 (9)	18 (7)	6	44 (17)

Tab. 22 Beziehung zwischen der Art der Symptomatik und der klinischen Beurteilung bei der Nachuntersuchung

( ) Anteile männlicher Patienten an den Gruppen stehen in Klammern.

4.7 Erfolge therapeutischer Maßnahmen

4.71 Psychochirurgie

Fünf der 44 Patienten haben sich einem psycho-chirurgischen Eingriff unterzogen, davon zwei vor dem zugrundeliegenden Klinikaufenthalt, drei im Katamnesezeitraum.

Einige Daten dieser Patienten sind in Tab. 23 wiedergegeben, ihre Erkrankungsverläufe sind in Abb. 5, entsprechend der auch in vorangegangen en Abb. verwandten Methode grafisch dargestellt. Zum besseren Verständnis des Einflusses der Operation auf die Verläufe, sollen im Folgenden die Fallgeschichten kurz dargestellt und das Operationsergebnis erörtert werden.

Pat. Nr. 5, weiblich, frei von Zwangssymptomen (1), sozial befriedigend angepaßt (B)

Im Alter von 19 Jahren überfielen die Patientin Gedanken und Impulse, sie müsse jemanden töten. Dies beeinträchtigte sie so stark, daß sie ihren Beruf als Buchungsbeamtin aufgeben mußte. Sie suchte ein Sanatorium in Holstein auf, wo sich die Gedanken und Impulse vor Ablauf eines Jahres völlig verloren.

Die Patientin konnte wieder als Telefonistin und Fernschreiberin arbeiten, heiratete 34-jährig, doch blieb die Ehe kinderlos.

Im Alter von 54 Jahren tauchten die Gedanken und Impulse plötzlich wieder auf: Sie befürchtete, jemanden zu töten, konnte an nichts anderes mehr denken und begann sich auf die Abwehr dieser Gedanken zu konzentrieren. So faltete sie z.B. die Hände, um sich vor den Impulsen und ihrer Ausführung zu schützen. Die Patientin war sehr gequält und lebte in Angst und Getriebenheit. Dabei litt sie auch unter starken Schlafstörungen. Sie suchte verschiedene Kliniken auf, doch brachten medikamentöse Therapieversuche keine Besserung. Anläßlich des dieser Katamnese zugrundeliegenden Klinikaufenthaltes entschloß sie sich zu einer Leukotomie.

Zuerst wurde eine kleine transorbitale Leukotomie, bei deren Er-

folglosigkeit eine doppelseitige große praefrontale Leukotomie durchgeführt. Bei Nachlassen der nur kurzfristigen Besserung und nachdem auch eine anschließende Schlafkur erfolglos geblieben war, wurde auf Drängen der Patientin erneut eine Leukotomie durchgeführt. Diesmal wurden vorwiegend basale Anteile der frontalen Fasern durchtrennt.

Im Anschluß an diese Operation war die Patientin frei von ihren Zwangsgedanken und Impulsen. Sie war zunächst effektflach und antriebsarm, doch besserte sich dieser Zustand schon in der Klinik.

14 Jahre später kommt die nun 71-jährige, noch recht rüstige Patientin zu einem Interview in die Klinik. Ihr Äusseres, ihre Mitteilungsweise und Gesprächsinhalte weisen auf eine unverändert anankastische Charakterstruktur. Sie gibt an, daß sie seit ihrer dritten Operation frei von Zwangsgedanken geblieben sei und keine Klinik mehr aufgesucht habe. Sie klagt allein über starke Schlafstörungen, die jedoch bereits vor der Operation bestanden. Sie lebe mit ihrem pensionierten Ehemann und besorge den Haushalt. Sie habe nur wenig Kontakt, nur zu nahen Verwandten. Sie sei mit ihrem sehr zurückgezogenen Leben zufrieden.

Bei dieser Patientin führte hartnäckige Mehrfachoperation schließlich zum Erfolg, die Zwangssymptomatik trat völlig zurück.

Der plötzliche Ausbruch der Symptome geschah auf dem Boden einer anankastischen Charakterstruktur, die auch nach der Operation unverändert fortbestand.

Eine in der Jugend vorangegangene Episode läßt die Vermutung zu, daß es sich bei dieser Patientin um eine zweimalige Dekompensation im Sinne eines Kipphänomens (Ch. MÜLLER, 1957) gehandelt hat. Ein auslösender Konflikt ließ sich weder für die erste, noch für die zweite Episode nachträglich eruieren.

Pat. Nr. 14, männlich, gebesserte Zwangssymptomatik (2),
sozial zweifelhaft angepaßt (c)

Als der Patient 13 Jahre alt war, verstarb seine Mutter an einem Carcinom. Er entwickelte zu diesem Zeitpunkt Bazillenangst mit Waschzwang sowie Angst vor Menschenansammlungen. Er musste zwanghaft immer alles im Auge behalten, was ihn sehr anstrengte. In seiner frühen Schulzeit hatte er zwanghaft Buntstifte gezählt.

Mit 20 Jahren kam er erstmalig in eine Klinik, wurde aber bald auf eigenen Wunsch ungebessert entlassen. Eine Psychotherapie seiner Zwangsneurose an einem Institut wurde abgelehnt. Es wurde ein weiterer Klinikaufenthalt nötig, wo er mit 17 EKT und 2 Cardiazolschocks behandelt wurde. Nach eigenen Angaben wurde er wegen Verweigerung weiterer EKT entlassen. Einen Suicidversuch, bei dem er sich unter ein Auto werfen wollte, überstand er unverletzt.

Bei seiner Klinikaufnahme im Alter von 21 Jahren äußerte er einige paranoide Gedanken und sensitive Erlebnisse, hatte jedoch Einsicht in die Unsinnigkeit dieser Vorstellungen. Der aufgekommene Verdacht auf Schizophrenie bestätigte sich nicht. Er wurde ungebessert entlassen. Im Jahr darauf wurde eine Leukotomie durchgeführt. Diese führte zu einem Rückgang der Zwangssymptome, jedoch entwickelte der Patient jetzt einen Tablettenabusus. Eine Lungentuberkulose unterbricht seine ersten Arbeitsversuche und nach Ausheilung derselben kam er mit wiedergekehrter Symptomatik zur zugrundeliegenden Aufnahme. Der Inhalt seiner Zwangsgedanken war aggressiver geworden und mehr gegen andere gerichtet. So befürchtete er z.B. andere anurinieren oder schlagen zu müssen. Da eine psychotherapeutische Behandlung nun als unumgänglich für seine Resozialisierung angesehen wurde, wurde er poliklinisch medikamentös eingestellt und begann 24-jährig eine analytische Therapie, die er über mehr als 2 Jahre fortführte.

Zum Zeitpunkt der Katamnese ist der Patient 35 Jahre alt. Er

kommt nicht zu dem vorgeschlagenen Interviewtermin und wird in seiner Wohnung mehrfach nicht angetroffen. Den zugesandten Fragebogen sendet er zurück: Danach sei die Zwangssymptomatik deutlich gebessert, es bestehe jedoch ein Schlafmittelabusus. Er sei im Katamnesezeitraum durchgehend ambulant medikamentös versorgt worden und in der Lage gewesen, eine Ausbildung in der Krankenpflege zu beenden. Er bezeichnet sich als voll arbeitsfähig. Seine Kontakte seien schlecht; er glaube, auch wegen seiner Zwangsneurose keine Partnerbeziehungen eingehen zu dürfen.

Es ist ziemlich sicher anzunehmen, daß ohne die anläßlich der postoperativen Exazerbation begonnenen Psychotherapie auch diese Operation ohne bleibenden Erfolg geblieben wäre. Dieser Patient kann den Patienten hinzugezählt werden, die nach postoperativer Besserung, Exazerbation und anschließender Psychotherapie gebessert werden konnten (DÜHRSSEN, 1951). Bei der Besserung der Zwangssymptomatik ist jedoch auch die teilweise Symptomverschiebung auf einen Schlafmittelabusus zu bedenken. Der Zustand des Patienten zum Zeitpunkt der Katamnese ist fern von einem guten Ergebnis, jedoch im Vergleich zu der früheren völligen Einengung durch die Erkrankung ist sein jetziger Status als anhaltende relative Besserung zu werten.

Pat. Nr. 22, weiblich, ungebesserte Zwangssymptomatik (3), soziale Eingliederung verhindert (D)

Die Patientin war als Kind sehr kontaktarm, penibel und sauber. Im Alter von etwa 13 Jahren hatte sie Zwänge beim Klavierspielen. Beim Abschluß der Handelsschule litt sie an starker Prüfungsangst. Nach der Prüfung arbeitete sie sehr gewissenhaft im Betrieb des Vaters. 21-jährig schloß sie eine intime Freundschaft mit einem Italiener, lebte aber in ständiger Furcht vor einer Entdeckung durch die Mutter. Der Freund verließ 1945, als die Russische Armee in Berlin eintraf, sang- und klanglos die Stadt. Die Patientin war sehr erregt und weinte wochenlang und machte einen Suicidversuch mit Leuchtgas. In dieser Zeit be-

gannen auch ihre Zwänge, zunächst Putzzwänge und Aufräumrituale. Sie wurde vom Hausarzt behandelt und drei Jahre nach Beginn der Erkrankung erstmals in einer Klinik aufgenommen. Sie wurde mit EKT behandelt, jedoch mit wenig Erfolg. Es wurde eine Lobotomie vereinbart, die Patientin kam jedoch nicht zum Termin. Sie begab sich in psychotherapeutische Behandlung, während der auch Schlafkuren durchgeführt wurden. Die Symptomatik trat unter der Behandlung etwas zurück: Die Patientin heiratete 31-jährig, jedoch ließ sich der Mann nach kurzer Zeit wegen der Erkrankung scheiden, die Patientin zog zu den Eltern zurück. Unter der therapeutischen Stützung war sie zeitweilig in der Lage, als Buffet-Hilfe zu arbeiten. Die Therapie wurde durch Ausscheiden des Therapeuten nach 10 Jahren beendet. Vier Jahre darauf hatte sich ihr Zustand wieder so verschlechtert, daß sie, nun 42 Jahre alt, zum zugrundeliegenden Klinikaufenthalt kam: Ihr Tageslauf bestand nur noch aus Aufräum- und Waschritualen bis in die späte Nacht.

Zum Zeitpunkt der Katamnese befindet sich die Patientin in einer Klinik. Das Folgende wurde Fallgeschichten und Arztbriefen entnommen.

Nach Beendigung des zugrundeliegenden Klinikaufenthaltes hatte die Patientin in jährlichen Abständen drei Mal eine Internistische Klinik aufgesucht, um durch Milieuwechsel und roborierende Maßnahmen ihre Erschöpfung zu überwinden. Dann wurde sie in eine psychotherapeutische Klinik in Westdeutschland zur stationären Psychotherapie aufgenommen. Sie lebte dort ganz ihren Zwangsritualen, jedoch konnte sie kurze Zeit am Tage fast gesund wirken und Kontakte aufnehmen. 65 Einzelstunden und Musiktherapie scheiterten, sie wurde nur geringfügig gebessert entlassen. Seitdem weiteten sich ihre Rituale, die sonst acht bis neun Stunden pro Tag einnahmen, zeitlich immer weiter aus, so daß sie sich zwei Jahre später zu einer stereotaktischen Operation entschloß. Es wurden der linke Medialkern und linke intralaminale Kerne koaguliert. Ihre Zwangsprogramme reduzierten sich danach auf 6 Stunden täglich, doch dehnten sie sich schon 10 Tage post operationem wieder aus und nach einem halben Jahr

war der Operationserfolg völlig aufgehoben. Die behandelnden Ärzte beobachteten, daß die Patientin ihre Zwänge zur Manipulation ihrer Umwelt benutzte und ihre Mitmenschen zu beherrschen und auszunutzen versuchte. Der Zustand der Patientin verschlechterte sich weiter,sie wurde sehr depressiv und bald dem Zwang ausgeliefert, daß sie ihn nicht mehr zu Manipulationen nützten konnte. Es wurde erneut eine Operation vereinbart und eine mediale Thalamotomie durchgeführt. Postoperativ war die Patientin fortdauernd antriebsgehemmt, die Zwangsinhalte und -Aktivitäten waren dabei unverändert. Dieser Zustand blieb mehrere Monate konstant. Da kein therapeutischer Ansatz mehr gesehen wurde, wurde die Pflegschaft eingereicht und die Patientin in ein Heim für chronisch Kranke verlegt.

Bis zu der ersten Operation waren seit Ausbruch der Symptomatik 26 Jahre vergangen, in den letzten beiden Jahren vor der Operation hatte sich die Symptomatik mehr und mehr, bis zur völligen Einengung der Patientin ausgeweitet. Diese Chronifizierung und der neurotische Krankheitsgewinn müssen im Zusammenhang mit der Erfolglosigkeit beider Operationen gesehen werden.

Pat. Nr. 19, weiblich, ungebesserte Zwangssymptomatik (3), soziale Eingliederung verhindert (D)

Die Patientin war als Kind sehr eigen und sauber, dabei auch recht ängstlich. Mit 23 Jahren setzte plötzlich ein Waschzwang ein. Dazu entwickelten sich Wiederholungszwänge, die Symptomatik weitete sich rasch aus und nahm an Vielfalt zu. So bekam sie Zwangsbefürchtungen, andere mit abgebrochenen Nadeln zu verletzen (Die Patientin hatte eine Schneiderlehre gemacht). Nach dem Tod der Mutter konnte sie lange nicht gehen, ließ sich tragen und entwickelte Versündigungsideen. Dann versorgte sie zunächst noch den Haushalt des Onkels, später den ihrer beiden unverheirateten Schwestern. Als nach dem Krieg Verwandte aus dem Osten zuzogen, verschlimmerten sich alle Symptome und

die Patientin suchte 47-jährig erstmalig ein Krankenhaus auf. Es trat keine wesentliche Besserung ein und nach einem weiteren Klinikaufenthalt wurde sie 48-jährig berentet.

Bei einer Verschlechterung kam sie 4 Jahre später wieder in die Klinik. Im Vordergrund standen ihre Waschzwänge. Darüberhinaus fiel auf, daß die Patientin oft lange und laut betete. Verschiedene medikamentöse Ansätze blieben erfolglos.

Als die Patientin 61 Jahre alt war, kamen Denk- und Sprachhemmungen, später ein Schreibzwang hinzu. In einer Klinik wurden 9 EKT verabreicht, die zur völligen Symptomfreiheit für wenige Wochen führten. Dann traten die alten Symptome und dazu Versündigungsideen und ein verstärkter Schreibzwang auf. Die Patientin litt an Zwangsgedanken mit sexuellem Charakter, an "schmutzigen Gedanken", die sie aufschreiben und wöchentlich in zweistündiger Beichte dem Priester vorlegen musste. Es wurde zur Operation geraten und eine bifrontale Leukotomie durchgeführt. Die Symptomatik war postoperativ unverändert, die Patientin intellektuell abgebaut und ihre Merkfähigkeit herabgesetzt. Dazu war eine Harninkontinenz gekommen.

Zum Zeitpunkt der Katamnese ist die Patientin 71 Jahre alt. Sie wird in der Wohnung ihrer Schwestern angetroffen, wo sie sich tagsüber aufzuhalten pflegt. Die Patientin ist depressiv und macht einen leicht verwirrten und abwesenden Eindruck. Die Zwänge bestehen nach wie vor. Vom Waschzwang hat die Patientin pergamentene, gerötete Haut an Händen und Unterarmen. Sie klagt darüber, daß sich durch die Inkontinenz der Waschzwang noch verschlechtert habe. Die zunehmende Steifheit der Finger ("Rheuma") beeinträchtige sie in ihrem Schreibzwang, der auch stärker geworden sei. Auf den Inhalt des Zwangsschreibens und die Beichte angesprochen, wird sie sehr unruhig und verschließt sich.

Nach Angaben der Schwester geht sie regelmäßig zur Beichte und zur Messe. Die Kirche und die beiden Schwestern, von denen eine an M. Parkinson leidet, sind ihre einzigen Kontakte. Die

Schwestern sind alle drei unverheiratet und haben fast ihr ganzes Leben zusammengelebt.

Diese, 38 Jahre nach Beginn der Erkrankung durchgeführte Operation kann man nur als völlig erfolglos bezeichnen. Die Nebenwirkungen der Leukotomie haben den Verlauf allenfalls noch negativ beeinflußt (Inkontinenz).

Pat. Nr. 28, weiblich, gebesserte Zwangssymptomatik (2), sozial zweifelhaft angepaßt (C)

Die Patientin erkrankte mit 22 Jahren an Tuberkulose, über deren Ursprung sie mutmaßte, ob intime Beziehungen oder Ansteckung durch den tuberkulosekranken Chef die Ursache gewesen sein könnten. Sie entwickelte einen Waschzwang, den sie selbst mit dem Ekel vor dem tuberkulösen Sputum ihrer Mitpatienten erklärte. Nach Ausheilung der Tbc blieb sie weiter als Büroangestellte tätig, obwohl ein Wasch- und Putzzwang bestehen blieb. Nach dem Krieg heiratete sie einen Jugendfreund mit zwei Kindern und bekommt selbst 42-jährig eine Tochter.

Vom 41. bis 42. Lebensjahr machte sie eine tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie und autogenes Training. Die Therapie blieb erfolglos, und sie kam erstmalig wegen ihres Wasch- und Putzzwanges in die Klinik. Nach ihrer Entlassung in etwas gebessertem Zustand machte sie einen erneuten kurzen Versuch mit Psychotherapie, doch mußte sie mit 45 Jahren erneut eine Klinik aufsuchen. Die Zwangshandlungen hatten sich so ausgeweitet, daß sie zu nichts anderem mehr kam. Auch zwei Jahre später kam sie wieder in völlig erschöpftem Zustand in die Klinik, und es wurde ihr ein psychochirurgischer Eingriff empfohlen. Eine doppelseitige große präfrontale Leukotomie wurde durchgeführt. Die postoperativ registrierte Besserung war nicht dauerhaft, die Zwänge exazerbierten und 4 Jahre nach der Operation mußte sie erneut klinisch behandelt werden. Weitere 4 Jahre später traten die Zwänge anläßlich des Geburtstages der Tochter so

stark hervor, daß sie in der Klinik Entlastung suchte, und kurze Zeit nach ihrer ungebesserten Entlassung kam sie erneut zur Aufnahme. Inzwischen war ihr herzkranker Ehemann berentet worden und stellte eine starke Belastung für sie dar.

Zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung ist die Patientin 63 Jahre alt. Sie kommt zu einem Gespräch. Sie leide nach wie vor unter starkem Wasch- und Putzzwang, die Intensität der Symptomatik schwanke jedoch stark. Sie habe sich im Katamnesezeitraum mehrfach unter äußeren Belastungen verschlechtert, so z.B. als die Schwiegermutter und andere Angehörige verstorben seien. Sie habe sich vor den Krankenbetten geekelt, habe die Verwandten aber täglich besucht. Nach den Todesfällen habe sie starke Schuldgefühle gehabt. Anläßlich der Hochzeit ihrer Tochter seien die Zwänge so beeinträchtigend geworden, daß sie mit ihren 62 Jahren ihnen physisch nicht mehr habe entsprechen können. Sie habe erschöpft eine Klinik aufgesucht. Nach 4-monatigem Aufenthalt wurde sie wenige Wochen vor dem Interviewtermin gebessert und stabilisiert entlassen.

Im Gespräch werden latente Aggressionen gegen den offenbar ebenfalls zwangsstrukturierten Ehemann überdeutlich.

Der postoperative Verlauf gleicht bald wieder dem präoperativen: Die Intensität der Symptomatik schwankt stark, die Patientin ist jedoch nie symptomfrei. Ein großer Teil ihrer Zwänge wird durch den ebenfalls zwangsstrukturierten Ehemann gebilligt und gerechtfertigt. Erst wenn die Symptome sie in die Erschöpfung treiben, erhält diese genügend Krankheitswert für sie selbst und den Ehemann. Eine Intensivierung der Symptomatik wird durch schuldhaft erlebte Konfliktsituationen ausgelöst. Bei längeren Klinikaufenthalten kann die Patientin so weit entlastet werden, daß sie sich im Rahmen ihres häuslichen Milieus bis zur nächsten Konfliktsituation mit ihrer Symptomatik einrichten kann.

Einen günstigen Einfluß der Operation zu vermuten, wäre spekulativ und würde die Annahme voraussetzen, daß der Verlauf ohne

den Eingriff zur völligen Invalidisierung geführt hätte.

Zusammenfassend kann zu diesen Krankheitsverläufen mit operativem Eingriff folgendes festgestellt werden:

Nur eine Patientin erfuhr allein durch Operation eine Besserung, wenn auch erst nach dem dritten Eingriff.

Ein Patient konnte durch zusätzliche Psychotherapie eine andauernde Besserung erreichen.

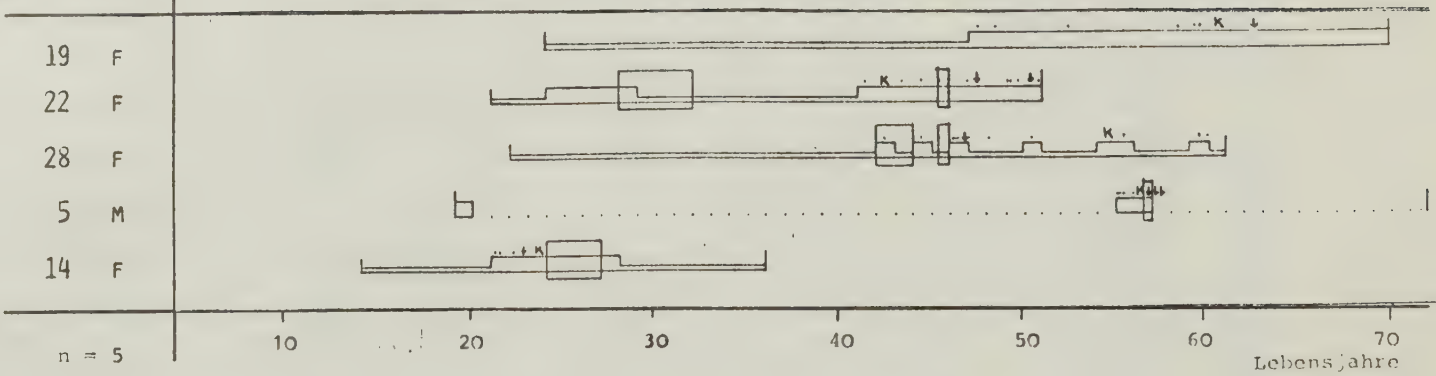
Gemeinsam ist diesen beiden Patienten, im Gegensatz zu den drei erfolglos Operierten, das relativ kurze Intervall zwischen dem Ausbruch der Symptomatik und der Operation (3 bzw. 9 Jahre gegenüber 24,24 und 28 Jahren).

Was das Erkrankungsalter betrifft, so nehmen diese beiden Patienten die extremsten Positionen ein.

Vier der Patienten zeigten ausgeprägte Zwangshandlungen und nur die durch Dreifachoperation zu Symptomfreiheit gekommene Patientin war durch ihre Zwangsvorstellungen eher motorisch gehemmt.

Der erfolgreiche psychochirurgische Eingriff wird also bei beiden Patienten von zwei als prognostisch günstig ermittelten Merkmalen des Erkrankungsverlaufes überlagert, und es kann nicht ausgeschlossen werden, daß das unterdurchschnittliche Intervall zwischen Erkrankungsbeginn und Behandlungsbeginn oder das Fehlen ausgeprägter Zwangshandlungen bzw. die zusätzliche Psychotherapie den Erfolg des Eingriffs ermöglichten.

Abb. 5 GESAMTKRANKHEITSVERLAUF UND EINFLUSS VON PSYCHOCHIRURGIE



Zeichenerklärung

symptomfrei

gebessert

ungebessert

K Klinikaufenthalt, der dem Katamnesezeitraum zugrundeliegt

• Klinikaufenthalt, unter 1 Jahr dauernd

Zeiten mit psychotherapeutischer Behandlung

Zeitpunkt des psychochirurgischen Eingriffs

Pat. Nr.	Sex	Symptom gruppe	Erkrankungsalter in Jahren	Intervall bis OP in Jahren	OP-Alter OP-Anzahl	Erfolg der OP	Nebenwirkung nach OP	Zusätzl. PsTh	Beurteilung klin., +	Beurteilung sozial ++
20	w	II	23	24	47; 1x	ohne	keine	keine	2)	C)
19	w	II	24	33	62; 1x	ohne	Harninkontinenz	keine	3)	D)
22	w	II	21	26	47; 2x	kurz/ohne	Mnestische Störungen	keine	3)	D)
5	w	I	54	3	57; 3x	symptomfrei	Schlaf-Störung	keine	1)	B)
14	m	II	13	9	22; 1x	kurz	Schlafstörung	Analyse	2)	C)

Tab. 23 Übersicht einiger Daten der Patienten, die sich einem psychochirurgischen Eingriff unterzogen

\+ Symbolerklärung siehe Tab. 6
++ Symbolerklärung siehe Tab. 7

4.72 Psychotherapie

4.721 Erfolgreiche Psychotherapie

Bei 5 Patienten war eine Psychotherapie erfolgreich.
Auf einen dieser Patienten, der sich vorher einem psychochirurgischen Eingriff unterzogen hatte, wurde bereits eingegangen, er wird in die folgende Betrachtung nicht mehr eingeschlossen.

Zwei der Patienten machten eine Psychoanalyse, ein Patient eine analytisch orientierte Therapie verbunden mit Rhythmus-, Zeichentherapie und anderen Maßnahmen. Eine Patientin nahm an einer analytisch orientierten Gruppentherapie teil.

Einige Daten dieser Patienten sind in Tab. 24 verzeichnet. Ihre Krankheitsverläufe wurden nach dem Modus vorangegangener Abbildungen grafisch dargestellt, unter besonderer Hervorhebung des Therapiezeitraumes (Abb. 6 a, S.102).

Wie für die Patienten mit operativer Therapie sollen auch hier Falldarstellungen folgen.

Pat. Nr. 29, männlich, frei von Zwangssymptomatik (1),
sozial gut angepaßt (A)

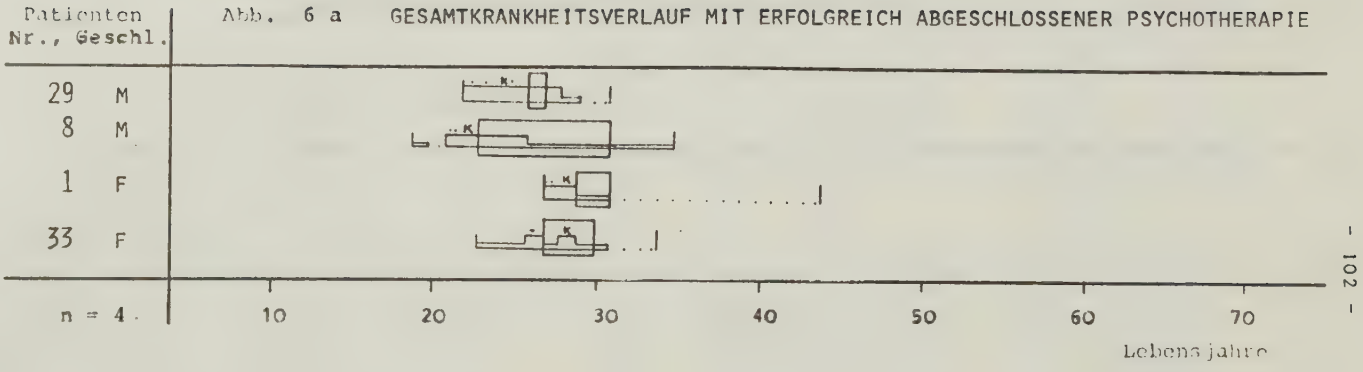
Der Patient wurde während des zweiten Weltkrieges geboren. Als er zwei Jahre alt war, kam die Mutter mit dem jüngeren Bruder vor seinen Augen bei einem Bombenangriff ums Leben. Er wurde zunächst von einer Tante mütterlicherseits aufgenommen, bis der Vater aus der Gefangenschaft zurückkehrte. Dieser brachte ihn zu seiner eigenen Schwester, bei der der Patient in geografischer Nähe des Vaters aufwuchs. Bis zu seinem 10. Lebensjahr war er Bettnässer, in der Schule war er ein Saisonarbeiter, litt an Prüfungsangst und fürchtete ständig zu versagen. Nach dem Abitur begann er auf Wunsch des Vaters ein geisteswissenschaftliches Studium, sah jedoch in seinem Fach kein Ziel für sich.

Patienten Nr., Sex	SYmptom gruppe	Erkrankungs alter in Jahren	Inter -vall	Alter bei Therapie	Art der Therapie	Dauer Th. in	Andauern[1] Besserung Jahren	Beurteilung klin. + , sozial ++
29, m	I	21	4	25	analytisch orientiert	0,75	2	1) , A)
8, m	II	19	3	22	PsA	8	4	2) , A)
1, w	I	27	2	29	PsA	2	14	1) , B)
33, w	I	23	4	27	analytisch Gruppe	3	3	1) , A)

Tab. 24 Übersicht einiger Daten der Patienten, die eine psychotherapeutische Behandlung erfolgreich abgeschlossen haben

[1] Andauern der Besserung umfasst den Zeitraum vom Abschluß der Therapie bis zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung

+ Symbolerklärungen siehe Tab. 6; ++ siehe Tab. 7.



Zeichenerklärung

symptomfrei

gebessert

ungebessert

K Klinikaufenthalt, der dem Katamnesezeitraum zugrundeliegt

• Klinikaufenthalt, unter 1 Jahr dauernd

Zeiten mit psychotherapeutischer Behandlung, abgeschlossen

Mit 23 Jahren kam er mit einer Encephalitis in eine Klinik, wo auch die Verdachtsdiagnose Schizophrenie ausgesprochen wurde und eine Insulin- und Pyrifer-Kur durchgeführt wurde. Ein Jahr später wurde er wegen Depressionen mit einer Schlafkur behandelt.

25-jährig kam es zum zugrundeliegenden Klinikaufenthalt. Er war depressiv, hatte Selbstmordgedanken, jedoch fiel hier eine starke Intellektualisierung seiner Probleme auf sowie starke Grübelzwänge. Er wurde medikamentös behandelt. Der früher ausgesprochene Schizophrenieverdacht bestätigte sich nicht, und es wurde die Diagnose einer schweren Zwangsneurose gestellt. Er verließ die Klinik mit dem Wunsch, eine Psychotherapie zu beginnen.

Zum Zeitpunkt der Katamnese ist der Patient 31 Jahre alt. Er lebt in Westdeutschland und sendet den Fragebogen ausgefüllt zurück.
Demnach sei er wenige Monate nach dem zugrundeliegenden Klinikaufenthalt erneut in einer westdeutschen Klinik gewesen, wo eine endogene Psychose diagnostiziert worden sei. Mit 29 Jahren habe er dann eine kombinierte Therapie ohne medikamentöse Unterstützung begonnen: Eine analytisch orientierte Psychotherapie, begleitet von Bewegungs- und Atemtherapie, durch gestalterisches Zeichnen und musikalisch-rhythmisches Training. Dazu habe er aikido-Unterricht genommen und Meditationsübungen gemacht. Nach 9-monatiger Behandlung sei er beschwerdefrei gewesen. Dieser Zustand habe bis zum Zeitpunkt der Katamnese, 2 Jahre, angehalten. Er bezeichnet sich als beruflich voll arbeitsfähig und zufrieden, macht jedoch keine Angaben über die Art seines Berufes bzw. den Ausgang seines Studiums. Er sei glücklich verlobt, habe gute Kontakte und gehe vielen Aktivitäten nach.

Von einem in verschiedenen Kliniken sehr unterschiedlich beurteilten Krankheitsbild wurde der Patient nach 6-jähriger Krankheitsdauer in der relativ kurzen Zeit von 9 Monaten weitgehendst befreit.

Seinen Angaben zufolge handelte es sich um ein sehr intensives therapeutisches Programm. Die erzielte Besserung, im Sinne der klinischen Beurteilung dieser Arbeit "Symptomfreiheit", war zwei Jahre nach Beendigung der Therapie unvermindert.

Pat. Nr. 8, männlich, gebesserte Zwangssymptomatik (2), sozial gut angepaßt (A)

Der Patient war Einzelkind und lebte seit der Scheidung der Eltern bei der Mutter, von der er sehr verwöhnt wurde. Er hatte als Jugendlicher viele Freunde. In diesem Alter litt er vorübergehend an Erythrophobie. Mit 19 Jahren überfiel ihn erstmals starkes Zwangsgrübeln, das sich nach kurzer Zeit wieder minderte. Als er 21 Jahre alt war, wurde das Grübeln wieder intensiver. Als er mit Freunden an einem See badete und ein Rettungsring ins Wasser fiel, wurde er den Gedanken nicht wieder los, es sei jemand ertrunken. Ein Zählzwang und ein Zwang zur Selbstbeobachtung (Lidschlag, Atemfrequenz) kamen hinzu. Er kam in eine Klinik, wurde nach kurzer Zeit gebessert entlassen, suchte aber "zur Ausheilung" gleich eine andere Klinik auf, in der sich sein Zustand wieder verschlechterte. Seine Mutter holte ihn auch hier, wie beim vorangegangenen Aufenthalt, auf seine Veranlassung bald wieder ab. Er machte dann einen Suicidversuch, indem er sich die Pulsadern öffnete und kam zur zugrundeliegenden Aufnahme.

Im Vordergrund stand ein Selbstbeobachtungszwang, Denken in bestimmten Systemen und ein Zählzwang. Er wurde mit 5 EKT behandelt, denen eine Verschlechterung des Zustandes folgte. Es schloß sich eine medikamentöse Therapie an. Sein Zustand wurde als sehr therapieresistent bezeichnet und eine Psychotherapie unter Fortsetzung der Medikation angeraten. Die Diagnose lautete "Zwangsneurose".

Zur Nachuntersuchung kommt der nun 35-jährige Patient zu dem vereinbarten Gespräch. Er macht einen lockeren und sicheren Ein-

druck. Nach dem zugrundeliegenden Klinikaufenthalt habe er eine Psychoanalyse begonnen. Während der ersten vier Jahre sei er unterstützend medikamentös behandelt worden, dann sei die Dosis schrittweise reduziert und abgesetzt worden. Nach weiteren vier Jahren seien er und der Therapeut zu dem Schluß gekommen, daß sich die Analyse nicht weiterentwickle und eine zufriedenstellende Besserung erreicht sei. Die Analyse sei in beiderseitigem Einverständnis nach 8 Jahren beendet worden. Ihm seien von seinen Symptomen gelegentlicher Zwang zur Selbstbeobachtung und leichte Grübelzwänge geblieben. Diese beeinträchtigten ihn jedoch kaum, träten in unregelmäßigen Abständen und nur für kurze Dauer auf. Drei Jahre vor der Nachuntersuchung habe sich die Symptomatik einmal kurzfristig verstärkt, er sei depressiv gewesen und habe sich an die Telefonseelsorge gewandt. Der Zustand habe sich jedoch rasch und ohne daß er weitere Hilfe gebraucht habe gebessert.

Mit 28 Jahren habe er geheiratet, nach vier Jahren Ehe sei ein erstes Kind geboren worden, ein zweites sei unterwegs. Er sei mit seinem Familienleben glücklich und zufrieden. Er habe einen großen Freundeskreis und guten Kontakt. Er habe die Verwaltungslaufbahn eingeschlagen und sei in seinem Beruf voll arbeitsfähig. Zum Zeitpunkt der Katamnese befände er sich mitten in der Abschlußprüfung eines Inspektorenlehrganges und sei zuversichtlich über den Ausgang des Examens.

Durch die langjährige Analyse wurde eine sehr gute Besserung erreicht, wenn auch keine völlige Symptomfreiheit erzielt wurde. Die Besserung ist anhaltend und erweist sich auch unter Belastung als tragfähig. Die von dem Patienten geschilderte, aber nicht in diesen Zusammenhang gebrachte Verschlechterung vor drei Jahren, aus der er sich alleine herausarbeitete, koinzidierte mit dem Geburtsjahr seines ersten Kindes.

Pat. Nr. 1, weiblich, frei von Zwangssymptomatik (1),
sozial befriedigend angepaßt (B)

Die Patientin wurde als jüngste von vier Kindern, wovon zwei Brüder im Kindesalter starben, sehr verwöhnt. Sie entwickelte sich ohne Störungen und hatte immer gute Kontakte. Sie besuchte die Schule bis zur Mittleren Reife, brach aber dann zunächst eine Drogistenlehre, dann eine Schwesternausbildung ab, um die Mutter, die 57-jährig eine Hirnembolie erlitt, bis zu ihrem Tod zu pflegen. Nach dem Tod der Mutter heiratete sie und bekam zwei Kinder. Als sie 27 Jahre alt war, pflegte sie eine schwerkranke Tante. Nach deren Tod begann sie von Särgen und Toten zu träumen. Sie fühlte Impulse, jemanden, insbesondere ihrem Mann und ihren Kindern, etwas antun zu müssen. Sie beschrieb eine innere Stimme, die ihr sagte "Morden, morden, Beil, Beil". Sie glaubte, zeitweilig hypnotisiert worden zu sein. Bei der Aufnahme in die Klinik wurde die vorläufige Diagnose Schizophrenie gestellt, die sich aber im Verlauf nicht bestätigte. Sie wurde nach medikamentöser Therapie mit der Diagnose "Zwangssyndrom, abnorme Erlebnisreaktion" gebessert entlassen.

Zum Zeitpunkt der Katamnese ist die Patientin 45 Jahre alt. Sie kommt nach der Arbeitszeit zur Untersuchung und macht einen erschöpften Eindruck. Nach dem zugrundeliegenden Klinikaufenthalt habe sie eine Psychoanalyse begonnen und diese nach zwei Jahren im Einverständnis mit dem Therapeuten beendet. Die Zwangsvorstellungen seien während der Behandlung weggegangen und seither nicht wieder aufgetreten, d.h. seit nunmehr 14 Jahren. Unter starker Belastung durch familiäre Konflikte träume sie manchmal, jamanden zu töten; so z.B. als sie die Pflege ihres altersstarrsinnigen Vaters übernehmen sollte. Der Mann habe sie drei Jahre vor der Nachuntersuchung verlassen, ohne ein Wort zu sagen; sie habe sich nach einiger Zeit scheiden lassen, wisse aber immer noch nicht, wo er sich aufhalte. Ihr Sohn sei kontaktarm und eigenbrötlerisch, er sei wegen Schulschwierigkeiten psychoanalytisch begutachtet worden, habe jedoch keine Therapie begonnen. Sie habe seit der Trennung von ihrem Mann eine Stelle

als Büroangestellte und bedauere, keine Ausbildung zu haben. Sie hoffe aber, auch so noch aufsteigen zu können. Sie sei voll arbeitsfähig und habe begonnen, sich einen neuen Freundeskreis zu suchen.

Die Patientin war jahrelang von Eltern und Verwandten in ihrer Hilfsbereitschaft ausgenutzt worden. Sie war in der Abhängigkeit von den Eltern und später vom Ehemann eingeengt geblieben. Der Tod der Tante brachte die Symptomatik zum Ausbruch, die aggressives Aufbegehren zum Ausdruck brachte. Die Patientin verhält sich auch nach der erfolgreichen Analyse noch ähnlich - so ist sie wieder bereit, ein Familienmitglied zu pflegen - doch kann sie sich soweit zur Wehr setzen, daß auch die Schwester einen Teil der Pflege übernehmen soll; die Konfliktverarbeitung bleibt auf gelegentliche Alpträume beschränkt. Eine Exazerbation der Zwangsgedanken blieb in allen Konfliktsituationen und familiären Krisen aus.

Pat. Nr. 33, weiblich, frei von Zwangssymptomatik (1), sozial gut angepaßt (A)

Die Patientin wuchs als einziges Kind einer Musikerfamilie auf. Mit den Eltern lebte auch die Großmutter mütterlicherseits, die später von der Patientin als einzige Erwachsene und als Gegensatz zu ihrer infantilen Mutter geschildert wird. Die Patientin lebte in der DDR und besuchte als Grenzgängerin den technischen Zweig einer Westberliner Schule. 18-jährig begann sie ein Gesangsstudium, das sie nach 5 Jahren abbrach, da sie feststellte, ungeeignet für diesen Beruf zu sein. Sie besuchte dann eine höhere Handelsschule mit sehr guten Leistungen. Mit 22 Jahren begann sie ein "Doppelleben"; ohne Wissen der Eltern, bei denen sie lebte, hatte sie eine intime Freundschaft mit einem 40 Jahre älteren Mann, von dem sie sich nicht wieder trennen konnte. Langsam bildete sich eine Zwangssymptomatik aus, derentwegen sie 24-jährig in eine Klinik kam. Sie zerleg-

te Worte und Sätze in Blöcke, hatte Grübel-, Zähl- und Kontrollzwänge und vorübergehend auch Depersonalisationserlebnisse. Bei der Entlassung waren die Zwänge gemindert, und sie verließ die Klinik mit der Absicht, die elterliche Wohnung zu verlassen und sich von ihrem Freund zu trennen. Zwei Jahre später kommt sie erneut in die Klinik: Sie hatte eine eigene Wohnung in der Nähe der Eltern bezogen, die ambivalente Freundschaft aber nicht lösen können. Verschiedene Psychotherapeuten hatten ihr eine Absage erteilt, sie war sehr depressiv, während die Zwänge nicht verstärkt waren. Unter neuroleptischer Therapie minderte sich die Depressivität, die Zwänge traten wieder stärker hervor. Die Entlassungsdiagnose lautete "Zwangsneurose mit depressiven Zügen."

Zum Zeitpunkt der Katamnese ist die Patientin 32 Jahre alt und kommt zum vereinbarten Gesprächstermin.

Als nach dem zugrundeliegenden Klinikaufenthalt erneut eine Einzelbehandlung von einem Psychotherapeuten abgelehnt worden sei, habe sie eine analytisch orientierte Gruppentherapie begonnen. Diese habe sie nach drei Jahren im Einverständnis mit dem Therapeuten beendet und seither, seit 3 Jahren, keinerlei Beschwerden mehr.

Im ersten Jahr der Therapie habe sie einen Sohn bekommen und daraufhin eine Wohnung, die vom Elternhaus weit entfernt liege, bezogen. Sie habe sich auch von ihrem Freund getrennt. Der Sohn besuche einen Kindergarten, während sie ihrer Arbeit nachgehe. Sie sei voll arbeitsfähig und sei kürzlich beruflich aufgestiegen. Sie habe jetzt eine sehr glückliche feste Beziehung zu einem jungen Mann und führe seit drei Jahren "ein ganz normales Leben".

Die dreijährige Gruppentherapie hat die Patientin in die Lage versetzt, ihre Konflikte zu lösen und zu reifen. Sie konnte sich vom Elternhaus und aus einer ambivalenten Partnerbeziehung befreien.

Welche Rolle die Geburt ihres Kindes in diesem Zusammenhang spielte, blieb unklar.

Sucht man für diese vier Patienten Gemeinsamkeiten, so kann man an Tab. 20 erkennen, daß die vier recht kurze Zeit nach Auftreten der Symptomatik und noch vor Erreichen des 30. Lebensjahres eine Psychotherapie begannen.

Alle vier Patienten konnten in der vorangehend beschriebenen Einteilung nach Art der Symptomatik der Gruppe I zugeordnet werden: Sie litten vorwiegend unter Zwangsvorstellungen, Zwangsimpulsen, Grübelzwängen und Zwangsdenken in Systemen. Demgegenüber waren Zwangshandlungen wie die Kontrollzwänge bei Pat. Nr. 33 und die Zählzwänge des Pat. Nr. 8 schwach ausgeprägt und weniger beeinträchtigend.

4.722 Erfolglose Psychotherapie

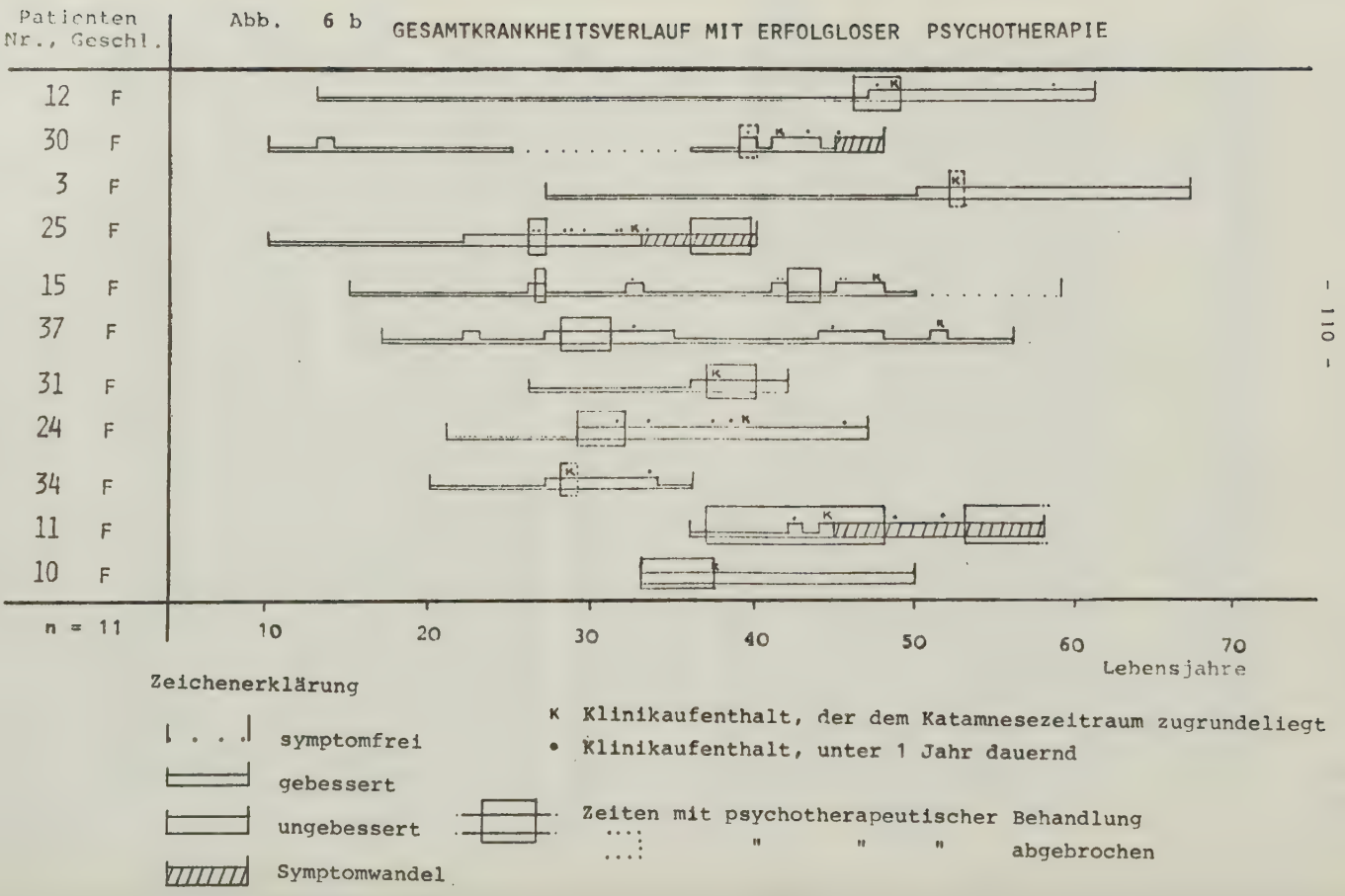
Psychoanalyse bzw. analytisch orientierte Psychotherapie

11 Patienten haben im Verlauf eine analytische Therapie begonnen, die nach 1/2 bis 5 Jahren erfolglos blieb.

Einige Daten dieser Krankheitsverläufe sind in Tab. 25 zusammengestellt und in Abb. 6 b grafisch dargestellt.

Daraus wird ersichtlich, daß die Psychotherapie bei 2 Patientinnen (Nr. 15 und 30) vorübergehend Erfolg brachte, dem aber im weiteren Erkrankungsverlauf erneute Verschlechterung folgte.

Aus Tab. 25 ist zu erkennen, daß es sich um 11 weibliche Patienten handelt. Das Intervall zwischen Erkrankungsbeginn und Beginn der Psychotherapie beträgt 0 bis 33 Jahre, im Durch-


Patienten Nr., Geschl.
Abb. 6 b GESAMTKRANKHEITSVERLAUF MIT ERFOLGLOSER PSYCHOTHERAPIE
12 F
30 F
3 F
25 F
15 F
37 F
31 F
24 F
34 F
11 F
10 F
n = 11
10
20
30
40
50
60
70
Lebensjahre
Zeichenerklärung
symptomfrei
gebessert
ungebessert
Symptomwandel
K Klinikaufenthalt, der dem Katamnesezeitraum zugrundeliegt
• Klinikaufenthalt, unter 1 Jahr dauernd
Zeiten mit psychotherapeutischer Behandlung
" " " abgebrochen

Patienten Nr., Sex	Symptom gruppe	Erkrankungs alter in Jahren	Alter bei Therapie in Jahren	Dauer der Therapie in Jahren	Beurteilung klinisch++, sozial+++
3, w	II	27	50	0,5	3) , D)
10, w	II	33	33	4,5	3) , D)
11, w	II	36	37	11 +	4) , B)
12, w	II	12	45	3	3) , C)
15 , w	I	15	26/ 41	0,25/ 2	1) , A)
24, w	II	20	28	3	3) , C)
25 , w	II	7	26/ 35	1/ 3,5	4) , D)
30, w	I	10	39	0,25	4) , C)
31, w	II	26	36	3	3) , D)
34, w	II	20	27	0,5	2) , B)
37, w	II	17	28	3	2) , B)

Tab. 25 Übersicht einiger Daten der Patienten, die eine psychotherapeutische Behandlung erfolglos beendeten

\+ mit Unterbrechungen

++ Symbolerklärung siehe Tab. 6

+++ Symbolerklärung siehe Tab. 7.

schnitt 13,8 Jahre. 6 Patientinnen sind bei Beginn der Therapie über 30 Jahre alt. 9 der 11 Patientinnen gehören zur Symptomgruppe II, d.h. sie hatten ausgeprägte Zwangshandlungen.

Zwei der Patientinnen entschlossen sich später erneut zu einer Psychotherapie, die zum Zeitpunkt der Katamnese noch andauert und schon eine Besserung gebracht hat.

Die Patientinnen Nr. 28 und 5 hatten eine psychotherapeutische Behandlung erfolglos abgebrochen. Sie unterzogen sich später einer Leukotomie und wurden in dieser Tabelle nicht berücksichtigt.

Psychagogische Führung

Zwei Patientinnen erfuhren bei psychagogischer Führung eine geringe Besserung, die jedoch mit der Behandlung endete. Ein weiterer Patient mußte auch unter psychagogischer Führung zweimal in drei Jahren eine Klinik aufsuchen.

Hypnose

Eine Patientin erlebte nach Hypnose eine kurzfristige Besserung, bei einer anderen blieben 5 Sitzungen ohne Erfolg.

4.723 Laufende Psychotherapie

4 Patienten befinden sich zur Zeit der Katamneseerhebung seit einem halben bis 3 Jahren in psychoanalytischer Behandlung. Bei einem Patienten ist der Zustand noch unverändert, während bei 3 weiteren schon eine Besserung eingetreten ist (Tab. 26). 2 Patientinnen nehmen an Gruppentherapie teil: Eine gibt eine leichte Besserung, die zweite eine erhebliche Besserung an.

PAtienten Nr., Sex	Symptom gruppe	Erkrankungs alter in Jahren	Inter -vall	Alter bei Therapie	Art der Therapie	Dauer bis K.-Zeit Jahre	Erfolg	Beurteilung klinisch+, sozial++
11 , w	II	36	16	52	Gruppe	4	Besserung	4) , B)
34 , w	II	2o	14	34	PsA	o,5	Besserung	2) , B)
4O , w	II	20	10	30	Gruppe	1	geringe Besserung	2) , C)
41 , m	II	15	14	29	PsA	3	Besserung	2) , B)
42 , m	II	17	14	31	PsA	1	keine Besserung	3) , C)
43 , m	II	6	24	30	PsA	1,5	Besserung	2) , B)

Tab, 26 Übersicht einiger Daten der Patienten, die sich zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung noch in psychotherapeutischer Behandlung befinden

+ Symbolerklärung siehe Tab. 6
++ Symbolerklärung siehe Tab. 7.

4.724 Erfolg der Psychotherapie und prognostisch relevante Kriterien

Bei der zusammenfassenden Betrachtung der Krankheitsverläufe derjenigen Patienten, die sich einer Psychotherapie unterzogen haben, fällt eine Koinzidenz zwischen dem Ergebnis der Therapie und prognostisch relevanten Erkrankungsmerkmalen auf.

So war die Psychotherapie bei Patienten erfolgreich, die ein unterdurchschnittliches Intervall zwischen Erkrankungsbeginn und Therapie aufwiesen und deren Zwangsneurose ohne oder mit nur schwach ausgeprägten Zwangshandlungen einherging.

Erfolglos blieb die Psychotherapie bei Patienten mit überdurchschnittlich langem Intervall und überwiegend stark ausgeprägten Zwangshandlungen.

Kann wegen der geringen Anzahl (5) mit Psychotherapie erfolgreich behandelter Patienten ein Einfluß prognostisch günstiger Faktoren nur vermutet werden, so ist bei den 11 erfolglos Psychotherapierten deutlich erkennbar, daß der Erfolg der Therapie durch die hier gefundenen prognostisch ungünstigen Faktoren erschwert wird.

4.8 Betrachtung der Besserungsvorgänge

Die 20 Patienten, die auf Grund des klinischen Bildes zum Zeitpunkt der Katamnese als symptomfrei oder gebessert eingestuft wurden, wurden auch nach ihrer Meinung zu der Ursache dieser Besserung befragt. Tab. 27 zeigt eine Aufstellung dieser Angaben.

Danach fühlten sich 8 Patienten durch Psychotherapie gebessert. Zwei führten ihre Besserung auf Operationen, vier auf ihren letzten Klinikaufenthalt zurück. Interessant ist hierbei, daß Pat. Nr. 14 nicht die der Operation folgende Psychotherapie mit einbezieht.

Pat. Nr. 9 gibt an, durch ihre rheumatischen Beschwerden so beschäftigt zu sein, daß "ihr keine Zeit für Zwangssymptome bleibe". Ihre Krankheit erlaubt ihr, sich in den Mittelpunkt zu setzen und die Familie herumzuschicken. Die Pathogenese des "Rheumas" war nicht zu ermitteln.
Pat. Nr. 6 hat mit seiner Erklärung einen Vorgang beschrieben, der auch bei Pat. Nr. 37 zu beobachten war. Sie stellte jedoch keine Verbindung zwischen dem auch bei ihr zeitlich korrelierenden Abschwächen der Zwangssymptomatik und dem Auftreten von Angstanfällen her. Auf diesen Vorgang wird später noch gesondert eingegangen.
Die von Pat. Nr. 15 und 13 angegebenen Umweltfaktoren haben sicher zur Stabilisierung der Patienten beigetragen. Der Zusammenhang mit der Menopause ist bei Pat. Nr. 15 wahrscheinlich, da der Krankheitsverlauf bei ihr in allen physiologisch-psychologisch diffizilen Altersphasen mit Verschlechterungen einherging (Pubertät, Geburt, Klimakterium).

Patienten Nr., Sex	Subjektiv empfundene Ursache der Besserung	Beurteilung klinisch+, sozial++
33, w	Gruppentherapie über 3 Jahre	1), A)
15, w	Wegfallen von Familienkonflikten Menopause	1), A)
29, m	Psychoanalyse über 9 Monate	1), A)
1, w	Psychoanalyse über 2 Jahre	1), B)
5, w	3. Leukotomie	1), B)
8, m	Psychoanalyse über 8 Jahre	2), A)
9, w	Präokkupation mit rheumatischer Erkrankung	2), B)
34, w	Psychoanalyse, noch laufend	2), B)
43, m	Psychoanalyse, noch laufend	2), B)
41, m	Psychoanalyse, noch laufend	2), B)
13, m	Berufserfolg und Gewöhnung	2), B)
36, w	Zugrundeliegender Klinikaufenth.	2), B)
37, w	Selbstbeherrschung	2), B)
39, m	letzter, 2-jähriger Klinikaufenth.	2), C)
21, m	letzter, 1,5-jähriger Klinikaufenth.	2), C)
28, w	letzter, 4-monatiger Klinikaufenth.	2), C)
40, w	Gruppentherapie, noch laufend	2), C)
14, m	Leukotomie	2), C)
6, m	Beginn des Auftretens von Angstanfällen	2), C)
4, m	keine Angaben möglich	2), C)

Tab. 27 Übersicht der von den Patienten angegebenen, subjektiv empfundenen Ursachen der Besserung, die bei der Nachuntersuchung festgestellt wurde
+ Symbolerklärung s. Tab. 6; ++ s. Tab. 7.

5. Besondere Verlaufsformen der Zwangsneurose

5.1 Verläufe mit Vor-Episoden

Wie unter 4.6 bereits festgestellt, fielen bei der Betrachtung der Gesamtverläufe drei Patientinnen auf, deren Verläufe als solche "mit Vor-Episoden" bezeichnet wurden, die Pat.Nr. 5, 9 und 36. Hierbei handelt es sich um Verläufe, bei denen viele Jahre Symptomfreiheit einer bzw. zwei kurzen Episoden zwangsneurotischer Erkrankung folgten, und es erst im höheren Alter zur Reexazerbation der nun über längere Zeit bestehenbleibenden Zwangssymptomatik kommt.

Hier sollen zunächst Fallbeschreibungen der Gesamtverläufe gegeben werden. Die Fallgeschichte von Pat. Nr. 5 wurde bereits unter 4.81 dargestellt, es folgen die der Pat. Nr. 36 und 9.

Pat. Nr. 36, weiblich, gebesserte Zwangssymptomatik (2),
sozial befriedigend angepaßt (B)

Die Patientin wuchs als Einzelkind auf, sie war ein ängstliches Kind und lutschte bis zum 7. Lebensjahr am Daumen. Nach Abschluß des Lyceums besuchte sie mehrere Pensionate in verschiedenen europäischen Ländern und absolvierte Sprachexamina. Sie war dann als Hauslehrerin tätig. Während dieser Zeit war sie verlobt und hatte erste und einzige sexuelle Kontakte. Die Verlobung löste sich aus nicht angegebenen Gründen. Von ihrem 24. bis 29. Lebensjahr war sie im Ausland tätig. Eine dort geschlossene Freundschaft führte wegen unterschiedlicher Religion und Nationalität von Seiten der Patientin nicht zur Ehe. Sie kehrte nach Deutschland zurück, arbeitete in gehobener Position und lebte seither mit ihrer Mutter zusammen.

Im Alter von 41 Jahren tauchten für eine kurze Zeit Zwangsvorstellungen mit sexuellen Inhalten auf, die bald wieder völlig zurücktraten.
Zehn Jahre später tauchten erneut Zwangsimpulse und Zwangsge-

danken sexuellen Charakters auf: Sie musste zwanghaft drei "unanständige" Worte denken, die sie nicht aussprechen kann und verspürte den Impuls, in Verkehrsmitteln Männer am Genitale zu berühren. Sie kam in die Klinik und wurde mit der Diagnose "Neurose mit zwanghaften Zügen" gebessert entlassen. Zum Zeitpunkt der Katamnese ist die Patientin 61 Jahre alt. Sie kommt zu einem Gespräch.

Insgesamt sei es ihr seit der Entlassung aus der Klinik immer besser gegangen als vor 10 Jahren. Der Tod der Mutter vor zwei Jahren habe sie sehr belastet, zumal die Mutter zwei Jahre krank gewesen sei. Sie habe Depressionen und Schlaflosigkeit kurz nach dem Tod gehabt, aber dann sei ihr Zustand eher noch besser geworden.

Der Impuls, andere zu berühren, sei gar nicht mehr aufgetreten. Die sexuellen Zwangsgedanken seien noch abgeschwächt vorhanden. Dazu seien in den letzten Monaten Zwangsgedanken das eigene Leben betreffend aufgetreten. Sie habe sich 11 Sitzungen Hypnose unterzogen, danach sei eine kurze Besserung eingetreten.

Sie sei voll arbeitsfähig, aber sehr angespannt. Sie lebe allein und habe wenig Kontakt. Sie gehe auch selten aus dem Haus, da sie "keine Kraft" habe.

Pat. Nr. 9, weiblich, gebesserte Zwangssymptomatik (2),
sozial befriedigend angepaßt (B)

Im Alter von 12 Jahren litt die Patientin an Jaktationen von Armen und Beinen, die um das Menstrum gehäuft auftraten. Von ihrem 17. bis 36. Lebensjahr arbeitete sie als Buchhalterin. Mit 33 Jahren heiratete sie einen Kaufmann und erlebte um etwa diese Zeit eine erste kurze Episode mit Zwangssymptomatik mit Zwangserinnern, Wiederholungszwängen beim Lesen und Kontrollzwängen.

Als sie 42-jährig eine Tochter bekam, wiederholte sich das epi-

sodische Auftreten der Symptomatik für sehr kurze Zeit.
Im Alter von 49 Jahren brach die Zwangssymptomatik mit verstärkter Intensität wieder aus. Zwangserinnern, Wiederholungszwänge beim Lesen, Kontrollzwänge und die Zwangsvorstellung, die Tochter ertrinke im Urlaub brachten sie bald in eine Klinik. Dort wurden auch Jaktationen beobachtet und als Abwehr gedeutet.

Sie wurde medikamentös behandelt und mit der Diagnose "Chronifizierte abnorme Erlebnisreaktion (Zwangsneurose)" gebessert entlassen. Zum Zeitpunkt der Katamnese ist die Patientin 64 Jahre alt. Sie kommt zur Untersuchung.

Sie gibt an, daß es ihr nie wieder so schlecht gegangen sei wie bei der zugrundeliegenden Aufnahme. Sie habe noch immer Grübelzwänge, die von Jaktationen begleitet seien, einige Zählzwänge und leichte Kontrollzwänge, die sie jedoch nicht sehr beeinträchtigten. Zwangsgedanken, wie den um das Leben ihrer Tochter, habe sie nie mehr gehabt. Die Intensität der Symptomatik schwanke stark, oft gehe es monatelang gut.
Seit ihrem 58. Lebensjahr leide sie an Rheuma. Mit dieser Erkrankung sei sie so beschäftigt, daß alles andere zurückgetreten sei. Sie habe wegen des Rheumas und der durch Cortisontherapie verursachten Ulcera mehrmals Kliniken aufsuchen müssen und habe zwei Endoprothesenimplantationen machen lassen. Sie fahre oft zur Kur und lebe nach einer Rheumadiät. Sie versorge den Haushalt und führe ein aktives Leben, auch in gesellschaftlicher Hinsicht. Die Tochter habe den Haushalt verlassen, sie habe guten Kontakt zu ihr und habe sich mit ihrem Auszug, den sie sich erst sehr zu Herzen genommen habe, abgefunden.

Diese Patientinnen hatten kurze Episoden mit Zwangssymptomen, denen mehrjährige Intervalle mit Symptomfreiheit folgten. Die Intervalle betrugen 35,10 und bei Pat. Nr. 9 einmal 9, einmal 7 Jahre. Erst im fortgeschrittenen Alter (49, 51, 54 Jahre) exazerbierte die Symptomatik mit verstärkter Intensität.

Bei Pat. Nr. 5 war eine Dreifach-Operation erfolgreich, sie wurde wieder symptomfrei. Bei den beiden anderen Patientinnen chronifizierte sich die Störung, der Verlauf zeigt aber einen günstigen Charakter mit lange anhaltender Besserung nach einmaligem Klinikaufenthalt. Bei Pat. Nr. 9 unterstützte eine somatische Präokkupation die Besserung.

Wie unter 4.81 bereits diskutiert handelt es sich auch bei den beiden anderen Patientinnen um Episoden auf dem Boden einer zwangsneurotischen Charakterstruktur.

Für das Kipphänomen nach Ch. MÜLLER (1957) spricht bei Patientin Nr. 9 der Ausbruch der Episoden bei Eheschließung und postpartal. Der Beginn der endgültigen Erkrankung liegt im Klimakterium, eine besondere Konfliktsituation wurde nicht exploriert.

Bei Pat. Nr. 36 konnte nachträglich keine auslösende Situation für Episode und Erkrankungsbeginn festgestellt werden. Der Erkrankungsbeginn liegt im Klimakterium.

5.2 Symptomverschiebungen

Bei der Nachuntersuchung wurde besonders auf Verschiebung neurotischer Symptome bzw. das Auftreten psychotischer Symptome geachtet. Die klinische Beurteilungsgruppe 4) umfaßt 6 Patientinnen, bei denen die Zwangssymptomatik völlig durch andere Symptome abgelöst wurde.

Einige Daten der Krankheitsverläufe dieser Patientinnen sind in Tab. 28 aufgeführt. In Abb. 3 e waren diese Erkrankungsverläufe bereits als eigene Gruppe grafisch dargestellt (S.59).

Zunächst soll eine Darstellung der Fallgeschichten dieser Patienten gegeben und die Symptomänderung am Einzelfall diskutiert werden.

Pat. Nr. 32, weiblich, Schizophrenie (4),
sozial befriedigend angepaßt (B)

Die Patientin lebte als Kind immer etwas abgesondert und kontaktscheu. Sie arbeitete nach der Schule im Haushalt und als Gartenarbeiterin. 21-jährig heiratete sie. Als sie 34 Jahre alt war, begann sie über Vergeßlichkeit und Grübelzwänge zu klagen. Sie wurde vom Hausarzt mit Psychopharmaka behandelt. Zwei Jahre nach Beginn dieser Störungen kam sie sehr depressiv in eine Klinik. Ihre Hauptklagen waren ihre Vergeßlichkeit und die Grübelzwänge darüber. Sie wurde auf organischen Abbau durchgetestet, es fand sich jedoch kein Hinweis. Eine Minderbegabung (IQ 73) wurde festgestellt. Sie wurde mit der Diagnose "Depressive Reaktion bei Zwangsneurose" gebessert entlassen.

Zur Nachuntersuchung kommt die Patientin zu einem persönlichen Gespräch. Sie wirkt starr, antriebsgemindert und affektflach. Sie gibt an, fortlaufend ambulant mit Neuroleptika behandelt zu werden. Ihre Angaben wurden durch Hinzuziehen der Fallgeschichten der Klinikaufenthalte im Katamnesezeitraum ergänzt.

Nach der Entlassung aus der Klinik traten häufig Angstzustände auf, die immer intensiver wurden. Dazu kamen Wahnideen und akustische Halluzinationen. Als sie zur Aufnahme gebracht wurde, wurde sie "vor lauter Angst" ohnmächtig. Sie war affekt- und antriebsgehemmt, zeigte einen verlangsamten Gedankengang und äußerte Kälte-, Wärme- und Leeregefühle. Es wurde die Diagnose "Schizophrenie" gestellt und der zugrundeliegende erste Klinikaufenthalt wurde im Nachhinein als erster Schub betrachtet. Nach einer Remission von 4 Monaten kam die Patientin erneut in die Klinik. Sie hatte starke Angst und hörte Stimmen. Nach diesem Klinikaufenthalt ging es der Patientin unter ambulanter neuroleptischer Therapie drei Jahre, bis zum Katamnesezeitpunkt, gut. Vergeßlichkeit und Grübelzwänge sind nicht mehr vorhanden.

Sie gibt an, in ihrem Beruf voll arbeitsfähig und zufrieden zu sein. Sie lebe mit ihrem Ehemann ohne Kinder und habe ausreichend Kontakte. Sie äusserte Wohlbefinden und Zufriedenheit.

Dies ist der einzige Fall unter den 44 Nachuntersuchten mit Übergang in Schizophrenie.

Verglichen mit den Zahlen anderer Autoren (DELKESKAMP, 1965; POLLITT, 1957) übertrifft dies nur geringfügig den Anteil, der in einem ausgelesenen Untersuchungsgut, in dem keine Patientin mit unwiderlegtem Psychoseverdacht aufgenommen wurden, gefunden wurde.

Bemerkenswert ist, daß zur Zeit der zugrundeliegenden Aufnahme kein Verdacht auf eine Psychose aufkam.

Die Zwangssymptomatik trat bei dieser Patientin drei bis vier Jahre vor den ersten psychotischen Symptomen auf. Dies überschreitet den von STENGEL (1945) angegebenen Zeitraum für Zwangsprodromi von zwei Jahren. Die zunehmenden Angstzustände in dem Jahr vor Ausbruch der Psychose entsprechen einer Beobachtung von Ch. MÜLLER (1953). Er beobachtete bei akut zu einem Defekt gekommenen Patienten solche irreale, flottierende Angst, nicht jedoch bei schleichend zum Defekt führenden Psychosen. Letztere unterschieden sich, was die Art der Zwangssymptomatik betraf, nicht von gewöhnlichen Zwangskranken. Die Beurteilung, ob und in welchem Ausmaß bei der Patientin ein Defekt vorliegt, wird durch die diagnostizierte Oligophrenie erschwert. Es ist aber auch fraglich, ob dieses Testergebnis nicht bereits durch die keimende Psychose beeinflußt war.

Pat. Nr. 7, weiblich, Depressionen (4),
sozial zweifelhaft angepaßt (C)

Die Patientin hatte im Alter von 21 Jahren nach einem Verführungsversuch schwere Depressionen, war einige Zeit in einem Sanatorium und wurde schließlich durch Hypnose geheilt. In ihrer Familie gab es viel Streit, da der Vater homosexuell war. Mit 26 Jahren heiratete die Patientin und ließ sich zwei Jahre später wieder scheiden, da der Ehemann - wie der Vater - homo-

sexuell war. Bis zu ihrem 33. Lebensjahr arbeitete sie als Kontoristin und war dann, mit kurzen Unterbrechungen, bis zu ihrer Berentung arbeitslos.

Als sie 45 Jahre alt war, beging die Mutter wegen einer vermuteten Krebserkrankung 72-jährig Selbstmord. Plötzlich tauchte bei der Patientin der Zwangsgedanke auf: "Dies ist meine Todesstunde". Sie verspürte Impulse, ihrem Leben ein Ende zu machen, z.B. von Brücken oder aus Zügen zu springen, Nägel oder Tabletten zu schlucken. Sie war depressiv, weinte viel und litt unter Todesangst. Wegen dieser Symptomatik war sie mehrmals in einer Klinik und wurde neuroleptisch behandelt. Es wurde die Diagnose "Depressiver Verstimmungszustand bei chronisch-neurotischer Fehlentwicklng" bzw. "mit zwangsneurotischen Angstzuständen" gestellt.47-jährig kam die Patientin zu dem der Katamnese zugrundeliegenden Klinikaufenthalt. Sie verspürte starke Impulse, ihrem Leben ein Ende zu bereiten, bewußt lag ihr jede Selbstmordabsicht fern. Sie verließ die Klinik gegen ärztlichen Rat, die Diagnose lautete "Anankastisches Syndrom".

Zum vereinbarten Termin kam die Patientin nicht, da sie befürchtete, Studenten vorgestellt zu werden. Bei einem Besuch ist sie aufgeschlossen und sprudelt ihre Klagen hervor. Besonders leide sie unter Herzjagen und Sensibilitätsstörungen in den Beinen. Sie wirkt sehr okkupiert, ist leicht erregt und motorisch unruhig. Ihre Angaben wurden durch Fallgeschichten ergänzt.

Nach dem zugrundeliegenden Klinikaufenthalt ging es ihr 6 Jahre gut, dann mußte sie etwa jährlich mehrmals in eine Klinik. Zunächst war "depressive Verstimmung bei anankastischer Charakterstruktur" der Tenor der Abschlußbeurteilungen. Die depressiven Verstimmungen waren z.T. reaktiv, wie z.B. nach dem Tod ihres langjährigen Lebensgefährten, der sie auch finanziell unterstützt hatte. Nach diesem Ereignis wurde eine Gebrechlichkeitspflegschaft eingereicht.

56-jährig zog die Patientin in ein Altenheim, zwei Jahre später in ein ärztlich betreutes Pflegeheim.

Bei ihren letzten 3 Klinikaufenthalten vor dem Zeitpunkt der Nachuntersuchung wurde eine Involutionsdepression diagnostiziert.

Die Zwangsideen und -Impulse waren seit dem zugrundeliegenden Aufenthalt noch einige Male mit den depressiven Verstimmungen wiedergekehrt, in den letzten 4 Jahren vor der Nachuntersuchung jedoch nicht mehr aufgetreten.

Es handelt sich um eine Depression bei anankastischer Charakterstruktur, wobei gelegentlich autoaggressive Impulse in Form von Zwangsvorstellungen und -Impulsen durchbrechen.

Der Verlauf entspricht der Beobachtung STENGELs, E. (1945): Wenn Zwangssymptome bei einer vorwiegend depressiven Erkrankung auftraten und ihnen eine rein depressive Phase vorausging, dann überdauerte die Depression, was den Gesamtverlauf betraf, auch die Zwangssymptomatik. Er beobachtete auch, daß, wenn Zwangssymptome bei vorwiegend depressiver Erkrankung auftreten, diese oft als Suicidgedanken imponieren, daß Depressionen bei zwangsstrukturierten Persönlichkeiten aggressive und destruktive Tendenzen hervorbringen.

Nur bei 2 der 16 Patienten der Symptomgruppe I handelte es sich bei den Zwangsgedanken und -Impulsen um solche, die sich auf die eigene Person richteten, während bei den anderen Befürchtungen um andere Personen oder abstrakte Inhalte im Vordergrund standen.

Diese Patientin Nr. 7 ist eine von ihnen; auch die zweite, Pat. Nr. 16, mit selbstbezogenen Zwangsvorstellungen wurde zum Zeitpunkt der Katamnese der klinischen Beurteilungsgruppe 4) zugeordnet.

Pat. Nr. 11, weiblich, Alkoholabusus (4),
sozial befriedigend angepaßt (B)

Die Patientin litt seit ihrer Jugend unter starkem Perfektionismus, Arbeitsstörungen und Prüfungsängsten. Sie beendete trotzdem ihr geisteswissenschaftliches Studium mit der Promotion. Im Alter von 27 Jahren heiratete sie einen Kollegen, der gleich darauf im Krieg fiel. Ihre Arbeitsstörungen und zunehmende Kontaktstörungen motivierten sie 10 Jahre später zu einer Psychoanalyse, die sie bei wechselnden Therapeuten mit Unterbrechungen über insgesamt 11 Jahre fortführte.
Im Alter von 43 Jahren kam sie in die Klinik. Sie klagte über Perfektionismus und Arbeitsstörungen und gab leichte Kontrollzwänge an. Um überhaupt zu einer selbständigen Arbeit fähig zu sein, hatte sie begonnen, täglich 6 - 8 Tabletten Doriden zu nehmen. Sie kam zur Aufnahme, um sich von dem Medikamentenabusus befreien zu lassen, was auch gelang. Die Entlassungsdiagnose lautete "Anankastisches Syndrom, chronifizierte abnorme Erlebnisreaktion".

Zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung ist die Patientin 56 Jahre alt. Sie kommt zu dem vorgeschlagenen Gesprächstermin und versucht angestrengt, einen selbstsicheren Eindruck zu erwecken.

Fünf Jahre nach dem zugrundeliegenden Klinikaufenthalt habe sie erneut eine Klinik aufsuchen müssen, diesmal wegen schwerer Alkoholsucht. Es wurde eine Entziehungskur durchgeführt, deren Erfolg jedoch nur kurz angehalten habe. Sie habe sich weiter beruflich überfordert gefühlt, sei deshalb rückfällig geworden und wenig später aus ihrer Anstellung entlassen worden. Als dann ihre Mutter, mit der sie zusammengelebt hatte, verstarb, habe sich ihr Zustand weiter verschlechtert. Im Alter von 51 Jahren habe sie dann in einem Krankenhaus erneut eine Entziehungskur gemacht und dort gleich eine Gruppentherapie begonnen. Auch nach ihrer Entlassung habe sie bis zum Zeitpunkt der Katamnese - über 4 Jahre - weiter an wöchentlichen Gruppensitzungen teilgenommen. Sie sei weder was Alkohol, noch was Tabletten betrifft, rückfällig geworden. Sie leide jedoch unter

starken Minderwertigkeitsgefühlen und gelegentlich unter Ängsten und Depressionen. In der Gruppe fände sie ausreichend Rückhalt und Hilfe. Ihre Rolle in der Gruppe schildert sie als sehr dominant. Sie arbeite freiberuflich, sei voll arbeitsfähig und könne ihren Perfektionismus begrenzen. Während der Gruppentherapie sei es ihr gelungen, eine lange unglückliche Verbindung zu einem verheirateten Freund zu lösen und unterbrochene Kontakte zu Freunden und Verwandten wieder anzuknüpfen. Mit ihrer Kontaktfähigkeit sei sie jetzt zufrieden.

Die Patientin griff zur Überwindung ihrer Arbeitsstörungen und des Perfektionismus zu Tabletten und erreichte dadurch eine partielle Linderung ihrer Störungen. Ein ähnliches Verhalten zeigten auch Pat. Nr. 21, bei dem diese Phase jedoch vorübergehender Natur war, und Patient Nr. 14, dessen Fallgeschichte bereits dargestellt wurde.

Bei dieser Patientin wurde jedoch der als Selbsttherapie begonnene Abusus zum alles andere überragenden Problem. Das Suchtobjekt wechselte von Tabletten zu Alkohol und die Patientin wurde nun zu einem nach BALSLEV-OLESEN und GEERT-JØRGENSEN (1959) seltenen Fall:Der Abusus führte zum Alkoholismus mit der Tendenz zu sozialem Abstieg.

Nach dem die Suchtproblematik durch Gruppentherapie bearbeitet und anhaltend gebessert wurde, traten bei der Patientin anankastische Charakterzüge wieder etwas, wenn auch weniger stark als z.Zt. des zugrundeliegenden Klinikaufenthaltes, hervor. Dies entspricht dem von MATTUSSEK (1958) postulierten Antagonismus von Zwang und Sucht. Während bei den beiden anderen oben erwähnten Patienten der Abusus neben der im Vordergrund stehenden Zwangssymptomatik besteht, hat sich bei dieser Patientin die Sucht zur Hauptproblematik bei anankastischer Charakterstruktur entwickelt, was eine Zuordnung zur klinischen Beurteilung 4)' zu rechtfertigen scheint.

Pat. Nr. 30, weiblich, Alkoholabusus (4),
sozial zweifelhaft angepaßt (C)

Die Patientin zeigt bereits als Kind verschiedene Auffälligkeiten. So lutschte sie bis zu ihrem 15. Lebensjahr am Daumen und hatte eine Spinnenphobie. Im Alter von 10 Jahren hatte sie erste Betzwänge. In der Schule war sie in den folgenden Jahren durch Grübelzwänge behindert. Während der Pubertät erlebte sie auch depressive Phasen.Nach Schule und Arbeitsdienst heiratete sie und bekam mit 23 Jahren ihr erstes Kind. Mit 24 Jahren wurde sie dann völlig beschwerdefrei. Sie bekam ein zweites Kind und ihre 4-köpfige Familie lebte nun zusammen mit ihren Eltern in einer 4-Zimmerwohnung. Die Eltern nahmen sie durch zunehmende Altersbeschwerden sehr in Anspruch. Im Alter von 36 Jahren setzte die Symptomatik akut wieder ein. Es tauchten Befürchtungen auf, anderen zu schaden, sie zu übervorteilen. Dazu kamen Derealisationsphänomene. Sie begann eine Psychotherapie, die sie aber noch in der Probe abbrach. Wegen eines Versagenszustandes mit Suicidalität wurde sie erstmalig in eine Klinik aufgenommen.

Zwei Jahre später kam sie zur zugrundeliegenden Aufnahme in die Klinik, und es wurde die Diagnose "Zwangsneurose" gestellt.

Zum Zeitpunkt der Katamnese hatte die jetzt 47-jährige Patientin gerade einen Suicidversuch gemacht und kam, von ihrer Tochter begleitet, in einem depressiv-hysterischen Erregungszustand zum vereinbarten Interviewtermin. Es wurde eine Aufnahme für notwendig erachtet, die in einer anderen Klinik erfolgte. Die Epikrise dieses Klinikaufenthaltes wurde hinzugezogen.

Im Katamnesezeitraum sei die Patientin wegen ihrer Zwangsgedanken noch ein weiteres Mal in einer Klinik gewesen. Im Alter von 44 Jahren seien diese Symptome dann schlagartig verschwunden. Dies koincidiert mit einer Entlastung im familiären Bereich durch den Tod des Vaters und den Auszug der älteren Tochter. Sie habe dann begonnen, als Schwesternhelferin zu arbeiten. Täglich habe sie Dolestan eingenommen und nach Angaben

der Tochter habe sie zu diesem Zeitpunkt auch zu trinken angefangen, und zwar täglich eine halbe Flasche Wodka.
Ein Jahr vor der Nachuntersuchung sei sie wegen Ehebruchs schuldig geschieden worden.

Dem Zusammenbruch zur Zeit des Interviewtermins folgten in der Klinik mehrere hysterische Anfälle mit Hyperventilation und Tetanie. Es entwickelte sich ein Entzugsdelir. Die Patientin verließ die Klinik gegen ärztlichen Rat.

Folgt man den Angaben der Tochter, so koincidierte der Beginn des Tabletten- und Alkoholabusus nicht nur mit dem Tod des Vaters, den die Patientin selbst als "Entlastung" bezeichnete, worüber sie starke Schuldgefühle empfand. Zu diesem Zeitpunkt schwanden auch die Zwangssymptome. Geht man davon aus, daß die Patientin die durch den Tod des Vaters verstärkten Schuldgefühle durch den Alkohol zu reduzieren suchte, dann wirkte diese Reduzierung im Sinne eines positiven Verstärkers auf den Abusus und führte zu einer Chronifizierung des Suchtverhaltens. Die Zwangsgedanken, die Schuldgedanken zum Inhalt hatten, werden durch die Alkoholsucht abgelöst.

Zum Zeitpunkt der Katamnese trank die Patientin seit über drei Jahren und wurde beim Entzug delirant.

Pat. Nr. 25, weiblich, Angstanfälle u.a. (4),
soziale Eingliederung verhindert (D)

Die Patientin war ein ängstliches und kontaktarmes Kind. Sie litt während ihrer Schulzeit an starken Minderwertigkeitsgefühlen, auch gegenüber ihren beiden Schwestern. Von diesen um 9 bzw. 10 Jahre älteren Schwestern wurde sie mit erzogen, da die Mutter durch eine Angstneurose behindert war. Der Vater litt an Depressionen.
Im Alter von 7 Jahren hatte die Patientin Betzwänge,mit 10 Jahren kamen Beichtzwänge und zwanghafte Schuldgedanken hinzu. Sie

begann, auf der Straße Glas und Steine aufzusammeln, da sie di. Zwangsbefürchtung hatte, schuldig am Tod anderer, insbesondere der Mutter, zu werden. Mit 14 Jahren kam für einige Zeit ein Waschzwang dazu. Sie schaffte mit großen Ängsten das Abitur, fürchtete sich aber sehr vor einem Studium und begann eine Ausbildung als med.-techn. Assistentin. Während der Ausbildung litt sie an Zwangsbefürchtungen, schuldig am Tod von Patienten zu sein. Sie hatte starke Kontrollzwänge, die ihre Labortätigkeit behinderten. Nach Beendigung der Ausbildung wurden die Kontrollzwänge so stark, daß sie mit 22 Jahren arbeitsunfähig wurde. Sie lebte bei den Eltern und half im Haushalt und in der Arztpraxis des Vaters. Mit 25 Jahren hatte sie zwanghafte Todeswünsche gegen die Schwestern und kam mit Angst und Depressionen erstmalig in eine Klinik.
Auf ärztliches Anraten begann sie eine Psychotherapie, die sie jedoch nach einem Jahr bei unverändertem Zustand abbrach. Sie kam in den folgenden Jahren mehrfach in Kliniken und wurde ohne wesentliche Besserung medikamentös und mit EKT behandelt.
Mit 29 Jahren machte sie einen Suicidversuch und ein Jahr darauf kam sie zum zugrundeliegenden Aufenthalt in die Klinik.
Von ihren Zwängen waren zu diesem Zeitpunkt die Kontrollzwänge am stärksten beeinträchtigend. Dazu hatte sie eine Verkehrsmittelphobie entwickelt, nach dem sie ihren fellationistischen Wünschen in einer S-Bahn entsprochen hatte. Sie wurde in unverändertem Zustand mit der Diagnose "Zwangsneurose mit phobischem Überbau" entlassen.

Die Patientin kommt mit ihrem Ehemann zum Interview, da sie das Haus alleine nicht verlassen kann. Den Ehemann scheint ihr derzeitiger Zustand mehr zu bekümmern als sie selbst, er bleibt im Gespräch zurückhaltend, heischt jedoch mit unterdrückter Ungeduld um Ratschläge.
Die Angaben wurden durch Fallgeschichten ergänzt.

Nach dem zugrundeliegenden Klinikaufenthalt verstärkte sich die vorher zart angedeutete phobische Symptomatik, eine Agoraphobie und Claustrophobie trat auf und verstärkte sich, als der

Verlobte sich lösen wollte. Sie verbrachte 1 1/2 Jahre in einer Klinik und heiratete währenddessen den Verlobten. Im Anschluß an diesen Klinikaufenthalt wurde sie zur stationären Psychotherapie in einer Klinik in Westdeutschland aufgenommen. Dort standen verschiedene Konversionssymptome im Vordergrund, daneben aggressive Durchbrüche und Suicidtendenzen. Nach 3 1/2 Jahren verließ sie wenig gebessert die Klinik. Sie konnte zunächst halbtags in einer Wäscherei arbeiten, doch bald stellten sich gehäuft hysterische Angstanfälle ein. Wieder in einer Klinik aufgenommen, wurde bei der Patientin ein klassischer hysterischer Anfall beobachtet. Sie verließ die Klinik gegen ärztlichen Rat. Der Ehemann gab seine Arbeitsstelle auf, um bei ihr zu Hause bleiben zu können, da sie nicht mehr alleine zu Hause sein kann. Dieser Zustand besteht zum Zeitpunkt der Katamnese seit vier Wochen.
Die Zwänge waren mit Zunahme der Agora- und Claustrophobie weniger geworden und sind jetzt bis auf minimale Gas- und Herd-Kontrollen am Abend gewichen.

Diese Patientin hat eine schwere chronifizierte Neurose mit wechselnder Symptomatik. Die Zwänge, die seit ihrer Kindheit begleitet hatten, sind nach ihrem 33. Lebensjahr kontinuierlich durch das Auftauchen diverser Phobien abgelöst worden. Dieser Prozeß hatte bereits vor dem zugrundeliegenden Klinikaufenthalt, bei dem sie schon eine Verkehrsmittelphobie angab, begonnen. Zum Zeitpunkt der Katamnese handelt es sich um eine schwere chronifizierte Mischneurose mit hysterischen Angstzuständen und vielfältiger phobischer Symptomatik.

Pat. Nr. 16, weiblich, paroxysmale Tachykardie (4),
sozial befriedigend angepaßt (B)

Die Patientin war schon als Kind korrekt und pedantisch, zeigte aber darüberhinaus keine Auffälligkeiten. Als sich in ihrem 12. Lebensjahr die Eltern trennten, entschied sie sich als einzi-

ge von drei Geschwistern zum Vater zu ziehen. Seine Wiederverheiratung sieben Jahre später erregte ihr Mißfallen, hatte sie doch die Absicht, mit ihm weiter zusammenzuleben und zu sterben.

Sie heiratete dann 21-jährig und bekam einen Sohn.

Als sie 34 Jahre alt war, trat sich die gelernte Schneiderin eine Nadel in den Fuß. Obwohl sie sie selbst entfernt hatte, entwickelte sie die Zwangsvorstellung, die Spitze sei abgebrochen, kreise nun in ihrer Blutbahn und gefährde ihr Leben. Monatelang quälte sie dieser Zwangsgedanke, so daß sie sich selbst das Leben nehmen wollte. Stark geängstigt kam sie in die Klinik. Medikamentöse Therapie, begleitet von Gesprächen, brachte rasch Besserung und sie wurde mit der Diagnose "Zwangsneurose" gebessert entlassen.

Wegen einer Reise kam die nun 45-jährige Patientin nicht zum vorgeschlagenen Termin, sie zeigte sich aber bei einem späteren Besuch in ihrer Wohnung sofort gesprächsbereit.

Die Zwangsvorstellung sei ein Jahr nach dem Klinikaufenthalt völlig verschwunden und sei seither nicht wiedergekehrt. Sie habe sie "willentlich unterdrückt". Zum gleichen Zeitpunkt seien Herzbeschwerden aufgetreten, für die sich internistisch keine Grundlage gefunden habe. Bei geringster Aufregung, aber auch unvermittelt, stelle sich Herzrasen ein. Die Häufigkeit der Anfälle habe sich im Verlauf der seither vergangenen 10 Jahre stetig gesteigert. Sie könne sie mit Valium, das sie vom Hausarzt bekomme, coupieren.

Sie arbeite halbtags im Geschäft ihres Schwagers und versorge ihren Zwei-Personen-Haushalt. Sie sei für diese Zeitspanne voll arbeitsfähig, würde sich aber durch eine Ganztagsarbeit überfordert fühlen. Der einzige Sohn habe vor drei Jahren ein Studium begonnen und den Haushalt verlassen. Er komme aber fast täglich und verbringe viel Zeit mit der Patientin.

Hier wurde die Zwangsvorstellung durch eine andere Form der Abwehr ersetzt. Und zwar wurde der Abwehrmechanismus Affektver-

schiebung durch den Abwehrmechanismus Affektäquivalent abgelöst. Bei den Herzbeschwerden handelt es sich um ein Angstäquivalent, wobei die phobische Komponente der Zwangsvorstellung jetzt im funktionellen Syndrom gebunden ist. Nach ALEXANDER (1951) kann chronisch frei flottierende Angst oder auch eine ganz umschriebene Art phobischer Angst mit verdrängten Feindseligkeitstrieben im Sinne eines circulus vitiosus sich gegenseitig verstärkend, den neurotischen Kern einer funktionellen Herz-Kreislaufstörung bilden.

Diese Patientin ist die zweite der vorangehend beschriebenen Patientinnen, bei der sich die Zwangsbefürchtung inhaltlich um die eigene Person drehte.

Nimmt man einmal an, daß es sich bei dieser Art von Zwangsbefürchtungen um depressive Äquivalente handelt, so könnte man den Wandel zur funktionellen Störung auch als Übergang in eine larvierte Depression ansehen. Auch die Patientin Nr. 7 hatte unter anderem über Herzjagen geklagt.

Betrachtet man nun die Verläufe dieser 6 Patientinnen als Gruppe (Tab. 28) so fallen folgende Merkmale auf:

Alle Patientinnen mit Symptomverschiebungen sind Frauen.
4 der 6 Patientinnen konnten nach Art der Symptomatik der Gruppe I zugeordnet werden.
Die drei Patientinnen, die erst in der ersten Hälfte des vierten Lebensjahrzehntes und nur für kurze Zeit (2 - 9 Jahre) Zwangssymptome hatten, konnten in der sozialen Einteilung der Gruppe B) zugeordnet werden, sind also relativ gut eingegliedert. Die unterschiedliche Symptomatik zum Zeitpunkt der Katamnese macht jedoch eine Schlußfolgerung fragwürdig.

Patienten Nr.	SyG[1]	Erkrankungsalter in	Dauer der Zwänge Jahren	Alter bei Shift	Neues Symptom	Soziale Einteilung +
32	I	33	3	36	Schizophrenie	B)
16	I	34	2	36	Parox. Tachykardie	B)
11	II	35	9	44	Alkoholabusus	B)
30	I	10	35	45	Alkoholabusus	C)
7	I	45	11	56	Depressionen	C)
25	II	10	23	33	Angstanfälle u.a.	D)

Tab.28 Übersicht einiger Daten der Krankheitsverläufe und neuer Symptome der Patientinnen mit Symptomverschiebungen

[1] SyG = Arten der Zwangssymptomatik :
I = ohne Zwangshandlungen
II = mit Zwangshandlungen.

+ Symbolerklärung siehe Tab. 7.

5.3 Zwang und Angst

Mit der Fallgeschichte der Patientin Nr. 25 wurde bereits der Vorgang einer Symptomverschiebung geschildert, bei dem in der Phase des Überganges die Zwangssymptomatik an Antriebserleben verlor, während der Affekt zunächst in Phobien, später auch in hysterischen Angstanfällen zum Ausdruck kam.

Bei zwei weiteren Patienten war eine ähnliche Entwicklung festzustellen, die jedoch nicht so weit fortgeschritten war, daß die Zwangssymptomatik ganz zurücktrat. Beide Patienten haben nach wie vor Kontroll- bzw. Zählzwänge, die sie aber fortschreitend weniger beeinträchtigen. Es gelingt ihnen, die Symptomatik in ihr Leben zu integrieren, doch währenddessen tauchen Angstanfälle auf, die nun von den Patienten den stärksten Krankheitswert erhalten.

Im folgenden sollen die Fallgeschichten der beiden genannten Patienten kurz geschildert werden.

Pat. Nr. 37, weiblich, gebesserte Zwangssymptomatik (2).
sozial befriedigend angepaßt (B)

Die Patientin wurde in ihrer Kindheit sehr restriktiv behütet. Mit 17 Jahren hatte sie mit einem 15-jährigen Untermieter erstmals heimlich Geschlechtsverkehr und begann danach, Bettlaken und Wäsche zu zählen. Später weiteten sich die Kontrollen auf andere Haushaltsgegenstände aus. Die Patientin konsultierte ambulant verschiedene Ärzte, doch führte keine Behandlung zu einer Besserung. Mit 21 Jahren heiratete sie und bekam 2 Kinder. Nach 4 Jahren Ehe wurde ihr Mann im Krieg wegen Fahnenflucht erschossen.

Die Symptomatik bestand unverändert weiter und sie begann 28-jährig eine Psychoanalyse. Nach 2 Jahren brach sie die Behandlung ab, ohne daß sich eine Besserung zeigte.
33-jährig kommt sie erstmals in eine Klinik und erlebt im An-

schluß an den Klinikaufenthalt eine länger anhaltende Besserung. Als sie 44 Jahre alt war, starb ihr Vater; sie reagierte mit einem Tobsuchtsanfall und Halluzinationen. Im Anschluß an dieses kurze Ereignis verstärkte sich ihre Zwangssymptomatik wieder. Zähl- und Ordnungszwänge in der eigenen Wohnung, aber auch in Räumen, die sie für eine Büroreinigungsfirma säubern sollte, beeinträchtigten ihren Tageslauf und ihre Arbeitsfähigkeit. Sie kam nicht mehr zum Essen, war völlig erschöpft und kam in reduziertem Ernährungszustand in die Klinik. Dort war sie sogleich fast symptomfrei, erholte sich schnell und wurde gebessert entlassen. Es gelang ihr dann zunehmend, ihre Zwänge in ihr Leben zu integrieren. 50-jährig kam sie wegen Angst und Depressionen zum zugrundeliegenden Aufenthalt in die Klinik. Angst und Depressivität konnten gemindert werden, ihre Zwangssymptomatik blieb unverändert.

Zum Zeitpunkt der Katamnese ist die Patientin 55 Jahre alt. Sie kommt zu dem vorgeschlagenen Untersuchungstermin.

Sie sei im Katamnesezeitraum in keiner anderen Klinik gewesen, da sie ihre Zwangssymptomatik als immer weniger quälend empfunden habe. Die Zwänge bezögen sich nur auf ihre eigene Wohnung und gewohnte Umgebungen. Sie könne vor ihnen fliehen, indem sie die Wohnung einfach verlasse. Ihre Arbeitsversuche seien jedoch an ihrem Zählzwang gescheitert, der sich immer eingestellt habe, sobald sie sich an den Arbeitsplatz gewöhnt habe. Im gleichen Zeitraum seien mit zunehmender Häufigkeit Angstanfälle aufgetreten, und zwar bis zu mehrmals wöchentlich. Diese gingen mit Todesangst und Luftnot einher und beeinträchtigten die Patientin jetzt am meisten. Ihretwegen sei sie in ambulanter Behandlung.

Sie lebe in einem Mehrfamilienhaus, das der Mutter gehöre und in dem diese auch wohne. Ihre Söhne seien selbständig und unterstützten sie finanziell. Sie habe einen Bekannten, mit dem sie viel außerhalb des Hauses unternehme und habe darüberhinaus gute Kontakte, nur könne sie ihre Freunde nicht in die eigene Wohnung bitten, da sie dort durch die Zwänge behindert sei.

Pat. Nr. 6, männlich, gebesserte Zwangssymptomatik (2),
sozial zweifelhaft angepaßt (C)

Der Patient war in seiner Kindheit zunächst sehr aggressiv, später wurde er überängstlich. Im Alter von 7 Jahren hatte er Angstträume vom Teufel, ab dem 12. Lebensjahr befürchtete er, sich mit dem Teufel eingelassen zu haben. Daraus resultierten Vermeidenszwänge: So vermied er bestimmte Worte, weil sie auf einen solchen Pakt hinweisen könnten. Dabei glaubte er nicht an die Existenz des Teufels. Im Alter von 15 Jahren traten zwanghafte Gangstörungen auf. Er schleuderte die Beine in bestimmten Abläufen. Mit 18 Jahren standen zwanghafte Gesichtsverkrampfungen im Vordergrund, die von seinen Lehrern für Frechheiten gehalten wurden. Er selbst sah darin einen Kampf von Kräften und Gegenkräften. In dieser Zeit litt er unter depressiven Verstimmungen und Suicidgedanken.

Mit dem 22. Lebensjahr traten Zwangsbefürchtungen, etwas liegengelassen zu haben, in den Vordergrund. Er fixierte die Plätze, auf denen das geschehen konnte, bis die Augen schmerzten. Andere zu Kontrollen führende Zwangsbefürchtungen waren, daß sein Eßgeschirr oder andere Gegenstände seines Gebrauches beschmutzt sein könnten.

Er kommt zum zugrundeliegenden Aufenthalt erstmalig in eine Klinik. Hier äußerte er auch sensitive Reaktionen, z.B. daß seine Gesichtsverkrampfung andere hypnotisiere, ihn zu imitieren; da zeitweise keine Einsicht in die Unsinnigkeit dieser Vorstellung bestand, kam der Verdacht auf eine schleichende Prozesspsychose auf, wofür sich aber im Verlauf des Aufenthaltes kein weiterer Anhalt fand. Die Entlassungsdiagnose lautete "Zwangssyndrom". Nach einer erfolglosen medikamentösen Therapie trat nach Verabreichung von EKT eine Besserung auf, insbesondere wurde die Symptomatik als weniger quälend empfunden.

Zum Zeitpunkt der Katamnese ist der Patient 37 Jahre alt. Er wohnt in Westdeutschland und folgt der Bitte, den Fragebogen auszufüllen.

Nach seiner Entlassung habe er den Studienort gewechselt und sich dort über 2 Semester in psychagogische Betreuung begeben. Während dieser Zeit habe er eine vorübergehende Besserung erfahren, bis er wegen erneuten Wechsels des Studienortes die Behandlung abgebrochen habe. Er habe sein Staatsexamen nicht bestanden und habe keinen zweiten Versuch machen wollen. Er habe dann im Betrieb des Vaters gearbeitet, was ihm wegen der Kontrollzwänge nur unter großer Anstrengung möglich gewesen sei. 26-jährig habe er geheiratet und es wurden in der Ehe zwei Kinder geboren.
Als er 32 Jahre alt gewesen sei, haben sich die Konflikte in der Ehe und im Beruf zugespitzt, und es sei zu einer Verschlechterung seines Zustandes gekommen. Er habe vor Kontrollen nicht mehr arbeiten können und eine Klinik aufgesucht, wo er mit Hypnose, autogenem Training und Atemgymnastik behandelt worden sei. Die dort erreichte Besserung habe die Rückkehr in das alte Milieu kaum überdauert. Die Ehe sei geschieden worden, und er habe den Betrieb des Vaters verlassen und woanders Arbeit angenommen, der er auch unter Anstrengung nachkommen könne.

Er fühle sich jetzt durch neu hinzugekommene Angstzustände am meisten gequält. Darüberhinaus leide er unter sensitiv gefärbter Angst, wegen Geruchsbelästigung nicht einatmen zu können. Seine Kontrollzwänge seien im Verlauf der letzten Jahre schwächer und weniger häufig geworden. Sie beeinträchtigten zwar seine Arbeitsfähigkeit, doch quälten ihn vor allem die Angstzustände mit Todesangst. Er sieht dies als Zusammenhang: "Die Kontrollzwänge sind mit zunehmender Angst schwächer geworden."

Er lebe alleine, habe keinen Kontakt zu der geschiedenen Frau und den Kindern und bezeichnet seine Kontakte generell als schlecht.

Diesen drei Patienten (Nr. 25, 37, 6) ist gemeinsam, daß sie früh (mit 13 - 17 Jahren) erkrankten und eine lange Periode (17 - 28 Jahre) zwangsneurotischer Erkrankung bis zum Auftreten der Angstanfälle. Es dominierten bei allen drei Patienten

Ordnungs- und Kontrollzwänge.

Wie läßt sich nun diese Verlaufsvariante der Zwangsneurose interpretieren? Die Beziehung von Zwang und Angst ist dadurch charakterisiert, daß die Zwangssymptomatik einer Abwehr von Angst dient, und zwar einer Angst vor dem Über-Ich im Interesse des Ich. Durch die Symptome soll die Gefahr gemieden werden, die sonst durch Angst signalisiert würde. Das Symptom dient als Sicherheitsvorkehrung vor der Gefahr einer Bestrafung für die Erfüllung eines Triebbedürfnisses. Hindert man den Patienten an der Ausführung seiner Zwangshandlung, so bekommt er Angst. Die Angst als Symptom stellt eine andere Art der Abwehr, eine Hemmung, dar, wobei durch die Angst die Funktion, die abgewehrt werden soll, direkt behindert wird (FREUD, S., 1926).

Bei den vorangehend geschilderten Krankheitsverläufen tauchten nach vielen Jahren vorherrschender Zwangssymptomatik zunehmend Angstanfälle auf, die Zwangssymptomatik besteht weiter, nimmt an Häufigkeit und Intensität mit der Zeit jedoch ab und verliert auch zunehmend ihren quälenden Charakter. Von den 3 Patienten wird der Charakter der fortbestehenden Zwangssymptome so geschildert, als ob diese Symptomatik sich ohne inneren Antrieb fortsetze, wie ein sinnentleertes Ritual, an dem festgehalten wird, obwohl nicht nur die objektive Sinnlosigkeit desselben Überzeugung ist (was ja zum Wesen des Zwangssymptoms gehört), sondern das auch keinem Zweck mehr dient. Der Zwang genügt der Funktion, die Gefahr und die damit verbundene Angst abzuwehren, nicht mehr. Die Angst bricht in den zunehmend häufigeren Anfällen offen hervor. Die Zwangssymptome laufen wie ein bedingter Reflex weiter, bei dem der konditionierte Stimulus nicht mehr mit dem negativen Verstärker, dem Ausbleiben der Angst durch das Ausführen der Zwangshandlung, gepaart ist. Die Handlungen können auch unterlassen werden, der Zwang ist nicht mehr unüberwindbar, er nimmt an Intensität und Häufigkeit ab, bis er, wie bei Pat. Nr. 25, fast bedeutungslos wird.

Bei Pat. Nr. 6 könnte man auf Grund des beim zugrundeliegenden

Klinikaufenthalt geäußerten Verdachts an einen blanden Verlauf einer Schizophrenie denken und die Angst als Vorzeichen für einen Ausbruch manifester Schizophreniesymptome ansehen, wenn man die Beobachtung von Ch. MÜLLER (1953) zugrundelegt, nach der irreale, flottierende Angst neben Zwangsphänomenen, die bei weitem das überstieg, "was bei gewöhnlichen Zwangskranken beobachtet werden kann", bei Patienten beobachtet wurde, die im weiteren Verlauf an Schizophrenie erkrankten. Doch betrug bei seiner Patientengruppe die Dauer der zwangsneurotischen Erscheinungen nur 2 - 3 Jahre, während bei Pat. Nr. 6 17 Jahre bis zum Hervortreten frei flottierender Angst vergingen.

Gelegentliche sensitive Beziehungsideen bestanden intermittierend und nach einiger Zeit korrigierbar, ohne daß es zu einer deutlichen Manifestation psychotischer Symptome kam. Der Verdacht konnte jedoch zum Zeitpunkt der Katamnese durch Interpretation seiner schriftlichen Aussagen weder zurückgewiesen noch erhärtet werden, er muß weiter bestehen bleiben.

6. Diskussion

6.1 Diskussion der Methode

In der Einleitung wurde schon kurz auf die Problematik katamnestischer Untersuchungen in der Psychiatrie eingegangen. In der Literaturübersicht wird deutlich, daß die Untersuchungsergebnisse vieler Autoren nicht direkt vergleichbar sind, da schon die Auswahlkriterien der nachuntersuchten Patienten, z. T. auf die Seltenheit der Erkrankung, z.T. auf Definitions- und Abgrenzungsunsicherheiten zurückzuführen, von Autor zu Autor variabel sind. Daher fordert KRINGLEN (1970) vergleichbare Ausgangsgruppen. Wie schwierig es allerdings ist, aufgrund von Fremduntersuchungen zu Diagnosen und damit zu vergleichbaren Gruppen in der Psychiatrie zu gelangen, beleuchtet der Report von HELMCHEN (1973). Deshalb wurde in der vorliegenden Arbeit versucht, die Ausgangsgruppe zu charakterisieren und die Auswahlkriterien für eine Aufnahme in diese Gruppe deutlich zu machen.

So wurden alle Neurosen, bei denen eine Zwangssymptomatik in der Diagnose angedeutet wurde, aber die Zwangssymptomatik bei genauerer Einsicht in die Fallgeschichte als nicht dominierend angesehen werden mußte, ausgeschlossen.
Ebenso wurden Patienten der Urgruppe ausgeschlossen, bei denen Zwangssymptome im Verlauf von Angstneurosen, Phobien, Psychosen und bei hirnorganischer Erkrankung aufgetreten waren.

Das Ziel dieses Auswahlverfahrens war es, eine Gruppe von Patienten mit reinen Zwangsneurosen der Nachuntersuchung zu unterziehen. Dagegen wurden Patienten, bei denen ein Psychoseverdacht bei dem zugrundeliegenden oder einem diesem vorangegangenen Klinikaufenthalt geäußert, aber nicht bestätigt wurde, nicht ausgeschlossen. Dies geschah unter dem Aspekt, daß sehr schwer an Zwangsneurose erkrankte Patienten manchmal für psychotisch gehalten werden, weil den diagnostizierenden Ärzten eine so schwere Beeinträchtigung durch eine Neurose unerklärlich scheint

und sie daher eine Psychose vermuten (siehe auch DELKESKAMP, 1965, unter 2.1).

Der Verdacht auf eine Psychose wurde bei 5 Patienten im Verlauf ihrer Erkrankung ausgesprochen. Nur bei einem dieser Patienten mußte dieser Verdacht auch noch zum Zeitpunkt der Katamnese bestehenbleiben, und konnte weder zurückgewiesen noch bestätigt werden, da sich der Patient in Westdeutschland aufhielt und einer persönlichen Exploration nicht unterzogen werden konnte.

Die im Verlauf der Erkrankung als schizophren diagnostizierte Patientin Nr. 32 (s. 5.2) wurde zur Zeit des zugrundeliegenden Klinikaufenthaltes zweifelsfrei als zwangsneurotisch diagnostiziert. Es handelt sich hier also um einen "Übergang" in eine Psychose.

Auch Patientin Nr. 7 (s. 5.2) wurde zur Zeit der zugrundeliegenden Aufnahme mit vorherrschender Zwangssymptomatik angetroffen. Erst der Längsschnitt des Verlaufes läßt die damals gestellte Diagnose "Anankastisches Syndrom" als Depression bei anankastischer Charakterstruktur richtigstellen.

Bei der Nachuntersuchung selbst wurde versucht, aus den Antworten der Patienten zu vielen Einzelfragen ein möglichst umfassendes und detailliertes Bild des jetzigen Zustand der Patienten zu erhalten und den Erkrankungsverlauf in den Zeiten zu ermitteln, die nicht in den Krankengeschichten dokumentiert waren. 7 Fragenkomplexe waren sowohl den freien Gesprächen als auch den Fragebögen zugrundegelegt worden. Davon zielten 3 auf das Erheben klinischer Daten ab, 4 weitere beleuchteten die soziale Situation der Patienten. Die so entstandenen Zustandsbilder sind im Vergleich mit Informationen, die nach längeren analytischen Gesprächen zur Verfügung stehen, eher grob. Z.B. war es nicht möglich, durch die erhaltenen Antworten die Abgrenzung therapeutischer Einflüsse von Umweltfaktoren oder Ursachen von Besserung bzw. nicht erfolgter Besserung zu objektivieren. Deshalb wurde auch bei der Erläuterung der Besserungs-

vorgänge die subjektive Einschätzung der betroffenen Patienten direkt wiedergegeben und nur bei offensichtlich diskrepanten Aussagen Zweifel des Untersuchers angemerkt. Solche tieferen Einsichten in den Verlauf waren in der vorliegenden Arbeit weder möglich noch beabsichtigt.

Von den nachuntersuchten Patienten konnten von 8 Patienten Angaben allein über den Fragebogen erhalten werden. Dabei stellt sich die Frage, inwieweit Ergebnisse auf Grund dieser Angaben mit den Ergebnissen persönlich interviewter Patienten vergleichbar sind. I. MÜLLER (1970 b) konnte feststellen, daß zuverlässige Ergebnisse bei einer Persönlichkeitsdiagnostik mit einem geeignet gestalteten Fragebogen bei Patienten mit Zwangsneurosen gefunden werden. Die Ergebnisse seien mindestens ebenso sicher wie diejenigen bei einer Exploration durch einen nicht sehr routinierten Therapeuten. Es kann daher davon ausgegangen werden, daß gerade Zwangsneurotiker den Fragebogen so ausfüllen würden, daß man aus den Antworten zuverlässige Schlüsse ziehen kann. Der zwangsneurotische Patient ist seinen Symptomen gegenüber kritisch eingestellt und daher auch in der Lage, seine Situation zu beschreiben.

So erwies es sich bei einem Patienten (Nr. 42), von dem zunächst nur ein beantworteter Fragebogen vorlag, bei einem wenig später auf Wunsch des Patienten dennoch zustandegekommenen Interview, daß die Beurteilung durch die späteren Explorationsergebnisse unverändert blieb.

Ein weiteres Problem bei der Erstellung der Katamnese bestand darin, einen möglichst vergleichbaren und objektivierbaren Beurteilungsmaßstab der Befunde zu wählen. Sehr differenzierte Beurteilungsmaßstäbe waren einmal dadurch erschwert, daß sowohl die Auswahlkriterien als auch ein Teil der Nachuntersuchungsdaten sich auf Fremduntersuchungen stützten, zum anderen besonders im Hinblick auf die weitere Verarbeitung dieser Beurteilung durch die doch relativ geringe Anzahl der Patienten in der Nachuntersuchungsgruppe begrenzt. Es lag daher nahe, einen gro-

ben klinischen Beurteilungsmodus zu wählen.

Ausgangspunkt dieses Beurteilungsmodus war für jeden einzelnen Patienten sein psychopathologischer Zustand bei dem letzten, dem Katamnesezeitraum zugrundeliegenden Klinikaufenthalt in der Nervenklinik der FU Berlin. Alle Veränderungen im individuellen Krankheitsverlauf der Patienten wurden an diesem detailliert beschriebenen Zustand gemessen, als Besserung im Sinne der klinischen Beurteilung 2) oder als ungebesserter Zustand im Sinne der klinischen Kategorie 3) gewertet. Die klinischen Kategorien 1) "symptomfrei" und 4) "Symptomverschiebung" stellen dagegen absolute Änderungen dar.

Dieser lediglich 4 Kategorien umfassende Beurteilungsmaßstab vergröbert die z.T. möglichen differenzierteren Beurteilungen, doch gab insbesondere die verhältnismäßig geringe Anzahl der Patienten, die nachuntersucht werden konnten, den Ausschlag für diese Art der Beurteilung. Doch selbst dieser grobe Maßstab erlaubte ohne Gruppenzusammenfassung eine statistische Analyse nicht (s.4.4). Es wurde bei der Beurteilung besonders Wert gelegt auf eine eindeutige Definition der 4 Kategorien und der Versuch unternommen, die Sicherheit der Zuweisung eines Patienten zu einer Kategorie durch Beachtung aller bekannten Aspekte des Einzelfalles zu erhöhen und etwaige Zweifel auch sichtbar zu machen.

Darüberhinaus wurde unabhängig von der klinischen Beurteilung die soziale Situation jedes einzelnen Patienten unter Berücksichtigung der sozialen Anpassung, der Arbeitsfähigkeit und der Kontaktfähigkeit beurteilt. Die Kriterien stützen sich im Wesentlichen auf krankheitsindifferente Fragen zur Arbeitsfähigkeit, Beruf und Ausbildung, auf Fragen zur Familien- und Berufssituation im subjektiven Erleben und auf Fragen, die Freizeitverhalten und Kontaktfähigkeit zum Inhalt haben.Als Ergebnis dieser getrennten Beurteilung klinischer und sozialer Aspekte kann angesehen werden, daß Patienten,die symptomfrei angetroffen wurden, dennoch sozial behindert sein können, oder ein Patient bei bestehender Restsymptomatik sehr gut sozial

integriert sein kann. Auch wurden Patienten gefunden, die trotz bestehender ungebesserter Symptomatik noch leidlich sozial integriert waren. Dieses Ergebnis der getrennten Beurteilung rechtfertigt die Trennung gegenüber einem zusammenfassenden Maßstab, wie ihn Ch. MÜLLER (1953) und in Anlehnung daran POLLITT (1957) anwandten. Auf der anderen Seite ist die soziale Beurteilung der Patienten mit anderen, in der Katamnese nicht erfassten Daten der Lebensgeschichte so eng verknüpft, daß eine alleinige Beziehung auf den Verlauf der Zwangsneurose nicht zulässig ist. Dagegen kann man die klinische Beurteilung bei der Nachuntersuchung direkt in Beziehung setzen zum Krankheitsverlauf in der Zeit zwischen dem zugrundeliegenden Klinikaufenthalt und dem Katamnesezeitpunkt und zum Erkrankungsverlauf von Beginn der Erkrankung an. Kritische Untersuchungen des Krankheitsverlaufstyps (kontinuierlich, wechselnd) bestätigen dies für beide Zeiträume. Daher erscheint es zulässig, in der Literatur als prognostisch relevant diskutierte Faktoren zu der klinischen Beurteilung bei dieser Nachuntersuchung in Beziehung zu setzen.

6.2 Diskussion der Ergebnisse

Um die katamnestischen Ergebnisse der vorliegenden Arbeit kritisch mit Ergebnissen aus der Literatur diskutieren zu können, ist es notwendig, charakterisierende Merkmale der untersuchten Gruppen der verschiedenen Autoren mit denen der hier untersuchten Patienten zu vergleichen.

In Anlehnung an die tabellarische Übersicht von GOODWIN (1969), die den Status der Patienten von verschiedenen Autoren zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung in den Kategorien "symptomfrei"; "gebessert" und "ungebessert" zusammenfaßt, wurde in Tab. 29 der Versuch gemacht, die katamnestischen Ergebnisse und charakterisierenden Merkmale der untersuchten

Autoren-name	Anzahl der Nachunters.	Katamneseergebnisse° in % 1)	2)	3)	Männl. %	Weibl. %	Ambulant %	Stationär %
Lo	87	20	36	44	73	27	70	30
Müller	57	28	50	22	64	36	88	12
Pollitt	66	24	48	28	42	58	60+	40+
Baleslev, Olesen	52	6	57	37	39	61	40	60
Rüdin	130	12	26	61	42	58	22++	78++
Hastings	23	13	40	47	52	48	-	100
Kringlen	85	4	45	51	42	58	-	100
Ingram	46	9	30	61	38	62	-	100
Delkeskamp	41	15	41	34	39	61	-	100
Roehl	38	13	40	47	44	56	-	100

Tab. 29 Übersicht der in der Literatur veröffentlichten Katamneseergebnisse

+ Von den 60 % ambulant behandelter Patienten waren 60 % männl. und 40 % weibl. von den 40 % stationär Behandelter dagegen 60 % weibl. und nur 40 % männl.

++ Auch RÜDIN gibt für ihre ambulant Behandelten ein Überwiegen männl. Patienten an (53:47) und bei stationär Behandelten ein Überwiegen weibl. Patienten (60:40 in %)

o 1) symptomfrei; 2) gebessert; 3) ungebessert

Gruppen von 9 Autoren den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit vergleichend gegenüberzustellen. Zu diesem Zweck wurden die Anteile "symptomfreier", "gebesserter" und "ungebesserter" Patienten prozentual errechnet und darüberhinaus Angaben der Autoren über die Anteile männlicher und weiblicher Patienten und ambulant und stationär behandelter Patienten an den Untersuchungsgruppen mit berücksichtigt. Der Einfluß ambulant behandelter Patienten auf die Untersuchungsergebnisse wurde bereits in der Literaturübersicht erwähnt. Diesem Einfluß wurde bei der Zusammenstellung der Ergebnisse der verschiedenen Autoren Rechnung getragen: Es ergeben sich 3 Gruppenmerkmale; starkes Überwiegen ambulant behandelter Patienten (LO, 1967; Ch. MÜLLER, 1953; POLLITT, 1957), nur stationär behandelte Patienten (HASTINGS, 1958; KRINGLEN, 1970; DELKESKAMP, 1965; eigene Untersuchung) und Patientengruppen, in denen ambulant behandelte Patienten vertreten sind, aber nicht überwiegen (BALSLEV-OLESEN, 1959; RÜDIN, 1953).
Zwei weitere Merkmale ergeben sich durch die Anteile männlicher und weiblicher Patienten. Man findet Gruppen mit überwiegend männlichen Patienten (LO, 1967; Ch. MÜLLER, 1953; HASTINGS, 1958) und solche mit überwiegend weiblichen Patienten (INGRAM, 1961; DELKESKAMP, 1965; BALSLEV-OLESEN, 1959; RÜDIN, 1953; KRINGLEN, 1970; POLLITT, 1957 und eigene Untersuchung). Nach den Angaben von POLLITT (1957) und RÜDIN (1953) überwiegen männliche Patienten zu etwa 60 % bei ihren ambulant behandelten Patienten, weibliche Patienten dagegen haben einen Anteil von über 60 % bzw. 75 % an den stationär behandelten Patienten.

Unberücksichtigt in Tab. 29 blieb der Katamnesezeitraum, da in den eigenen Ergebnissen (4.61) ein Einfluß eines längeren oder kürzeren Katamnesezeitraumes zurückgewiesen werden konnte.

Die Katamneseergebnisse der Autoren weichen z.T. stark voneinander ab. Teilweise sind bis über 2/3 Besserungen verzeichnet worden, im Gegensatz zu eigenen Untersuchungen und Resultaten anderer Untersucher, die nur 1/2 der Nachuntersuchten gebessert vorfanden. Tab. 29 drängt den Verdacht auf, daß überdurchschnittlich gute Ergebnisse durch hohe Anteile ambulant behandelter und auch hohe Anteile männlicher Patienten in den Gruppen zustandekommen. In eigenen Untersuchungen (4.65) wurde festgestellt, daß Patienten, die frühzeitig erkranken und nach kurzem Intervall stationär behandelt werden, einen sehr hohen Anteil von Besserungen verzeichnen und daß gerade in dieser Gruppe männliche Patienten bevorzugt zu finden sind.

Daher wurde mit Hilfe des χ^2 Tests+ versucht, die Abhängigkeit zwischen den Gruppenmerkmalen und Besserung (klin. Beurteilung 1) und 2)) festzustellen.

In den Tab. 30 - 33 sind die Anzahlen der Patienten aus den Arbeiten angegeben, die zugehörigen 4-Felder-Tafeln zu den Tests und das errechnete χ^2 und das χ^2 der Nullhypothese dargestellt.

+ Weber (1972)

Formel: $\chi^2 = \frac{(ad - bc)^2 \, n}{(a+c)\cdot(c+d)\cdot(a+b)\cdot(b+d)}$; $\chi^2_{0;\, f_1;\, p_0;}$ Tafel 6

Ambulant Behandelte überwiegen

Autor	Anzal der Patienten gebessert	nicht gebessert	n
Lo	48	39	87
Müller	44	13	57
Pollitt	47	19	66
	139	71	210

Nur stationär behandelte Patienten

Autor	Anzahl der Patienten gebessert	nicht gebessert	n
Hastings	12	11	23
Kringlen	52	33	85
Ingram	18	28	46
Delkeskamp	23	18	41
Roehl	20	18	38
	125	108	233

	Ambulant	stationär	
Besser	139	125	chi^2 = 7,2157 s.
Nicht-besser	71	108	chi^2 3.84 $0\ f_1;\ o,o5$

Tab. 30 Chi^2- Test zwischen den Katamneseergebnissen bei Überwiegen ambulanter Patienten in den Nachuntersuchungsgruppen und nur-stationäre Patienten in der Gruppe

Ambulant Behandelte überwiegen nicht

Autor	Anzahl der Patienten gebessert	nicht gebessert	n
Baleslev-Olesen	33	19	52
Rüdin	50	80	130
	83	99	182

Nur stationär Behandelte (s. Tab. 30)

	125	108	233

	Ambulant	stationär	
Besser	83	125	Chi^2 = 2,6445 n.s.
Nicht-Besser	99	108	chi^2 O f_1; o,o5 3.84

Tab. 31 Chi^2 - Test zwischen den Katamneseergebnissen bei Nicht-Überwiegen ambulanter Patienten in den Gruppen und Nur-Stationären Patienten in den Gruppen

Männliche Patienten überwiegen

Autor	Anzahl der Patienten gebessert	nicht gebessert	n
Lo	48	39	87
Müller	44	13	57
Hastings	12	11	23
	104	63	167

Weibliche Patienten überwiegen

Autor	Anzahl der Patienten gebessert	nicht gebessert	n
Kringlen	52	33	85
Ingram	18	28	46
Pollitt	47	19	66
Rüdin	50	80	130
Baleslev, Olesen	33	19	52
Delkeskamp	23	18	41
Roehl	20	18	38
	243	215	458

	männl.	weibl.
Besser	104	243
Nicht-Besser	63	215

$chi^2 = 4{,}2113$ s.

$chi^2_{0\ f_1;\ o,o5}$ 3,84

Tab. 32 Chi^2 - Test zwischen den Katamneseergebnissen bei Überwiegen männlicher Patienten in den Gruppen und Überwiegen weiblicher Patienten in den Gruppen

Nur stationär Behandelte mit
Aufschlüsselung der männl. und weibl. Patienten
an den Gruppen "Besser" und "Nicht-Besser"

Autor	Männlich	Weiblich	n	Kategorie
Kringlen	22	30	52	Besser
Delkeskamp	12	11	23	"
Roehl	10	10	20	"
	44	51	95	
Kringlen	12	21	33	Nicht-Besser
Delkeskamp	4	14	18	"
Roehl	7	11	18	"
	23	46	69	

	Männlich	Weiblich	
Besser	44	51	$chi^2 = 2{,}7879$ n.s.
Nicht-Besser	23	46	$chi^2_{0\ f_1;\ o{,}o5}$ 3.84

Tab. 33 Chi^2 - Test zwischen den Katamneseergebnissen männlicher und weiblicher Patienten in Gruppen nur-stationär Behandelter und entsprechender Aufschlüsselung

Es ließ sich zweifellos zeigen, daß hohe Anteile ambulant behandelter Patienten zu überdurchschnittlich hohem Anteil "Besserungen" im Katemneseergebnis führen und daher solche Gruppen nicht mit nur stationär behandelten Patientengruppen zu vergleichen sind. Kein Unterschied ergab sich beim Vergleich der Patientengruppen, die nur stationär behandelte bzw. die nicht überwiegend ambulant behandelte Patienten umfassten.

In Tab. 32 wurde ohne Berücksichtigung der Anteile ambulant behandelter Patienten "Besserung und "Nicht-Besserung" zwischen Patientengruppen mit überwiegend männlichen und überwiegend weiblichen Patienten verglichen. Es ergab sich hier als Ergebnis, daß die vermutete Abhängigkeit von Überwiegen männlicher Patienten und Überwiegen von Besserungen bestätigt werden konnte. Allerdings muß berücksichtigt werden, daß unter den überwiegend männlichen Patienten auch diejenigen mit überwiegend ambulanter Behandlung versteckt sind (LO, 1967; Ch. MÜLLER, 1953) und daß der Anteil weiblicher Patienten insgesamt wesentlich über dem der Männer liegt (458 w : 167 m). Durch diese Imbalance kann der χ^2-Test nicht als eindeutig gewertet werden.

Soweit die Autoren ihre Katamneseergebnisse nach Geschlecht aufschlüsselten, wurde dieser Test mit Gruppen von nur stationär behandelten Patienten wiederholt. Obwohl augenfällig männliche Patienten zu 2/3 gebessert und nur 1/2 nicht gebessert angetroffen wurden, weibliche Patienten dagegen zu in etwa gleichen Teilen gebessert bzw. nicht gebessert waren, konnte eine Abhängigkeit zwischen Katamneseergebnis und Geschlecht mit Hilfe des angewandten statistischen Verfahrens nicht bestätigt werden. Die oben erwähnte Imbalance der Geschlechter beeinträchtigt auch hier (Tab. 33).

Auf Grund des eigenen Untersuchungsergebnisses kann dennoch der Ansicht von INGRAM (1961, LO (1967) und KRINGLEN (1970), daß das Geschlecht ohne Einfluß auf die Prognose sei, nicht ohne weiteres zugestimmt werden. INGRAM verweist darauf, daß mit zunehmender Gesamtzahl der nachuntersuchten Gruppe die Ge-

schlechtsverteilung der Patienten annähernd gleich wird. Leider haben die Autoren POLLITT (1957) und RÜDIN (1953), die bei großen Patientenzahlen annähernd gleiche Anteile an Männern und Frauen aufweisen, ihre Ergebnisse nicht nach Geschlechtern getrennt angegeben, so daß eine Überprüfung, ob männliche Patienten auch bei diesen Katamnesen eher gebessert sind als weibliche, nicht möglich ist.

Abschließend kann KRINGLEN (1970) voll zugestimmt werden, der beklagt, daß die Katamnesen in der Literatur wegen unterschiedlicher Auswahlkriterien nicht direkt vergleichbar seien, und es muß bedauert werden, daß die Ergebnisse zum Teil auch wegen fehlender Angaben über unterscheidende Merkmale in den nachuntersuchten Gruppen nicht verglichen werden können.

Ebenfalls von Einfluß auf das Katamneseergebnis, allerdings nur indirekt, ist der Anteil der nicht nachuntersuchten Patienten der Ausgangsgruppe. DELKESKAMP (1965) sprach die Vermutung aus, daß insbesondere Patienten, denen es schlecht geht, der Bitte um eine Nachuntersuchung gerne nachkommen, um die Gelegenheit zu einem neuerlichen ärztlichen Kontakt wahrzunehmen. Dagegen fand er unter seinen 23 Patienten, die die Nachuntersuchung ablehnten oder zu weit entfernt wohnten, nur zwei Arbeitsunfähige, die anderen standen ohne Behinderung im Berufsleben. In der eigenen Untersuchung konnten 28 Patienten nicht nachuntersucht werden. 6 Patienten waren verstorben, bei 6 konnte der derzeitige Aufenthalt nicht ermittelt werden. Die verbleibenden Patienten lehnten eine Nachuntersuchung ab, davon 6 ganz ausdrücklich, wobei teilweise zum Ausdruck kam, daß es diesen Patienten relativ gut ging und sie ihren Zustand eines mühsam erreichten Gleichgewichtes nicht durch eine Nachuntersuchung, gleichsam durch "Aufrühren alter Geschichten" gestört haben wollten.

Diese Ansicht wird durch das Verhalten der 7 Patienten der eigenen Untersuchung bekräftigt, die nur mit Hilfe des Fragebogens einer Nachuntersuchung zugänglich waren (zwei weitere, durch Fragebogen erfaßte Patienten, leben in Westdeutschland

und können deswegen in diese Überlegung nicht einbezogen werden). Denn von diesen Patienten sind nur 2 ungebessert, 5 dagegen gebessert; von den ungebesserten hat ein Patient nachträglich doch noch die Gelegenheit eines persönlichen Interviews wahrgenommen.

In Übereinstimmung mit der katamnestischen Literatur konnte gezeigt werden, daß die Zwangsneurose unter den Erkrankungen in der Psychiatrie selten anzutreffen ist, obwohl Zwangssymptome bei Mischneurosen sowie Psychosen (s. Tab. 1) häufiger beschrieben werden. So mußten von 313 Patienten der Urgruppe der vorliegenden Untersuchung die Fälle von 241 Patienten als nicht zu den reinen Zwangsneurosen gehörig ausgeschlossen werden. Aus den Krankengeschichten der verbliebenden 72 Patienten und den Untersuchungsergebnissen der 44 Nachuntersuchten konnten übereinstimmende Fakten zum Ablauf der Zwangsneurose gewonnen werden. Die meisten Patienten erkrankten in der Jugend und bis zum 30. Lebensjahr. Im höheren Lebensalter wird das Auftreten einer Zwangsneurose immer seltener. Der Zeitraum zwischen Erkrankungsbeginn und dem erstmaligen Aufsuchen einer Klinik bei Zwangsneurotikern wird in der Literatur als lang angesehen. Bei den hier untersuchten Patienten ergab sich für männliche Patienten ein durchschnittliches Intervall von 8 Jahren, für weibliche von 10 Jahren. Auch nach dem Ergebnis von INGRAM (1961) ist dieses Intervall bei männlichen Patienten um 1 1/2 bis 2 Jahre kürzer als bei weiblichen Patienten. Ebenso findet die Beobachtung, daß männliche Patienten mit durchschnittlich 20,9 Jahren früher erkranken als weibliche mit durchschnittlich 27,1 Jahren in der katamnestischen Literatur Bestätigung (POLLITT, 1957). Die Beobachtung von HARE (1972) und KRINGLEN (1970), daß männliche Patienten bei der Klinikaufnahme generell etwas jünger sind als Frauen, weist ebenfalls auf einen geschlechtsspezifischen Unterschied im Erkrankungsverlauf hin. Dieser Unterschied könnte möglicherweise dadurch bedingt sein, daß der im Berufsleben stehende männliche Zwangsneurotiker sich früher in seiner Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt findet als z.B. eine Hausfrau mit ähnlicher Symptomatik.

Die Rekonstruktion der Erkrankungsverläufe und die Betrachtung der so gewonnenen Längsschnitte von 44 Fällen von Zwangsneurose ergab, daß die Verläufe nicht einheitlich sind. Zwei Haupttypen konnten gefunden werden: Ein kontinuierlicher, bei dem nach Erkrankungsbeginn und erstmaliger Verschlechterung bis zum Katamnesezeitpunkt keine Besserung bzw. anhaltende Besserung im Erkrankungsverlauf auftrat; ein wechselnder, in dessen Verlauf sich der Zustand der Patienten nach Erkrankungsbeginn und erstmaliger Verschlechterung mindestens einmal verbessert, sich erneut verschlechtert, um sich zum Katamnesezeitpunkt gerade in einem als gebessert oder als ungebessert definierten Zustand zu befinden. Zwangsneurosen mit Vor-Episoden, nachfolgend sehr langem symptomfreiem Intervall und Exazerbation im höheren Alter wurden bei 3 Patienten gefunden. Da nach der Reexazerbation der weitere Verlauf der Erkrankung zu anhaltender Besserung führte, wurden auch diese Patienten der Gruppe mit kontinuierlichem Erkrankungsverlauf zugerechnet, die insgesamt 2/3 der 38 Patienten (die 6 Patienten mit Symptomverschiebung nicht mit einbezogen) ausmachen. 14 Patienten mußten dem wechselnden Verlaufstyp zugerechnet werden. Die sich aus einem wechselhaften Verlauf ergebende Unsicherheit der klinischen Beurteilung bei der Nachuntersuchung konnte durch einen Prüfquotienten aus den Zeiten gebesserter bzw. ungebesserter Zustände der Patienten beseitigt werden, so daß die klinische Beurteilung als gesichert anzusehen ist. Auch in der katamnestischen Literatur wird vom Auftreten wechselhafter Verläufe berichtet, die etwa 15 % der Untersuchten betreffen (RÜDIN, 1953; INGRAM, 1961; LO, 1967), und daß durch derartige Verläufe die Beurteilung der Untersuchungsergebnisse erschwert wird.

Bei 6 der Nachuntersuchten konnte im Katamnesezeitraum ein Auftreten bzw. eine Verschiebung zu einer anderen Symptomatik beobachtet werden. Die Einzelheiten dieser Verläufe wurden schon gesondert diskutiert (s. 5.2). Auffällig war hierbei, daß es sich ausschließlich um weibliche Patienten der Gruppe handelt. Einmal wurde der Übergang in eine Schizophrenie be-

obachtet, einmal konnte eine Depression bei anankastischer Charakterstruktur diagnostiziert werden, zweimal war Alkoholabusus, einmal eine Herzneurose und einmal eine Mischneurose mit hysterischen Angstzuständen die den Zwang ablösende Störung.

Eine wesentlich höhere Anzahl Patienten, deren Zwangsneurose in eine Psychose übergeht, findet Ch. MÜLLER (1953 b), allerdings in einem auslesefreien Krankengut. Bei ausgesuchten Patientengruppen ist ein solcher Wandel eher selten (DELKESKAMP, 1965; POLLITT, 1957). Über eine Verschiebung auf andere neurotische Symptomenkomplexe wird in der katamnestischen Literatur nicht eingegangen und es werden keine quantitativen Angaben gemacht.

Unter den Faktoren, deren Einfluß in der Literatur als von prognostischer Bedeutung angesehen wird, sind Charakteristika des Erkrankungsverlaufes an erster Stelle zu nennen.

Das Alter bei Erkrankungsbeginn wird von einigen Autoren mit dem Katamneseergebnis in Beziehung gesetzt. Keinen Zusammenhang mit der Prognose fanden Ch. MÜLLER (1957), KRINGLEN (1965 und 1970) und LO (1967), dagegen spricht INGRAM (1961) von einem Trend, nach dem ein Erkrankungsbeginn vor dem 25. Lebensjahr mit schlechter Prognose behaftet sei. Nach den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit kann keinem der Autoren zugestimmt werden. Es fand sich ein günstiger Einfluß eines frühen Erkrankungsbeginns, denn von 18 Patienten, die zwischen dem 11. und 20. Lebensjahr erkrankten, wurden 11 gebessert (klin. Beurteilung 1) und 2)) und nur 7 nicht gebessert angetroffen, wohingegen von den 12 Patienten, die zwischen dem 21. und 30. Lebensjahr erkrankten nur 4 als gebessert, 8 aber als ungebessert eingestuft wurden. Bei einem Erkrankungsalter von 31 bis 60 Jahren wurde kein Einfluß gesehen.

Ähnlich verhielt es sich bei dem Kriterium "Alter bei der ersten Klinikaufnahme". Eine erste stationäre Behandlung zwischen dem 11. und 30. Lebensjahr erwies sich in der vorliegenden Arbeit als günstiger für die Prognose als eine Aufnahme zwischen 31 und 40 Jahren.

Früher Erkrankungsbeginn und frühzeitige erste Klinikaufnahme erwiesen sich insbesondere bei den männlichen nachuntersuchten Patienten als günstig.

Dementsprechend wurde auch ein unterdurchschnittliches Intervall zwischen Erkrankungsbeginn und erster Klinikaufnahme prognostisch günstig gefunden, wohingegen ein überdurchschnittliches Intervall, insbesondere für weibliche Patienten, eher ungünstig war.

Zu einem ähnlichen Ergebnis kommen POLLITT (1957) und INGRAM (1961), die einen ungünstigen Einfluß eines langen Intervalls feststellten. Auch allgemein kritische Altersphasen im Lebenslauf werden mit dem Verlauf der Zwangsneurose, vorwiegend als auslösende Faktoren, verknüpft. In der vorliegenden Arbeit konnten solche Faktoren nicht in allen Fällen exploriert werden; es wurde jedoch eine Beziehung zwischen den kritischen Altersphasen Pubertät, Klimakterium und Eintritt in das Rentenalter mit dem Krankheitsverlauf hergestellt. Dabei ergab sich, daß unter den 21 Patienten, die zwischen dem 11. und 20. Lebensjahr erkrankten, zwar nicht die Mehrzahl in dem als Pubertät definierten Zeitraum erkrankten, daß aber von den 6 während der Pubertät erkrankten nur ein einziger ungebessert angetroffen wurde. Der Erkrankungsbeginn vor und während der Pubertät ist, allerdings nur bei männlichen Patienten, als prognostisch günstig gefunden worden. Der als Klimakterium definierte Zeitraum und der Eintritt in das Rentenalter blieben in dieser Untersuchung ohne Einfluß auf den Krankheitsverlauf.

Neurotische Kindheitssymptome werden von den Autoren unterschiedlich häufig erhoben. Die Angaben schwanken zwischen 83 % (KRINGLEN, 1970 und 1965) und 33 % (LO, 1967). KRINGLEN fand, daß "Nervosität" in der Kindheit mit einer schlechten Prognose verbunden sei. In der vorliegenden Arbeit wurden bei 63 % (30 von 44) der Patienten neurotische Symptome in der Kindheit eruiert und deren ungünstiger Einfluß auf das Katamneseergebnis aufgezeigt.

26 der Patienten zeigten prämorbid Eigenschaften, die auf eine anankastische Charakterstruktur schließen lassen. KRINGLEN (1970)wertete den prämorbid anankastischen Charakter als Indiz für eine schlechte Prognose. Im Gegensatz hierzu stellten INGRAM sowie LO einen günstigen Einfluß einer solchen Charakterstruktur fest. In der vorliegenden Untersuchung wurde deutlich, daß von den Patienten mit prämorbid anankastischer Charakterstruktur doppelt so viele ungebessert angetroffen wurden, als von den Patienten, die dieses Merkmal nicht aufwiesen, was also die Aussagen von KRINGLEN unterstützt.

Im übrigen hat auch die Art der Zwangssymptomatik eine Bedeutung für die Prognose. So war in der vorliegenden Untersuchung das günstige Ergebnis der 16 Patienten, die Zwangssymptome ohne Zwangshandlungen aufwiesen, besonders auffällig. Nur 2 dieser Patienten wurden ungebessert angetroffen. Im Gegensatz dazu waren 16 der 28 Patienten mit Zwangshandlungen ungebessert. Ein ähnliches Ergebnis fand auch INGRAM (1961), der bei Patienten mit Zwangshandlungen bzw. bei solchen, die der "klassischen Kerngruppe" zugehörten, eine schlechte Prognose feststellte.

DELKESKAMP (1965) fand ebenfalls bei Auftreten von Zwangshandlungen und deren Ausweitung einen langwierigen, oft zu Endzuständen führenden Verlauf.

7. Zusammenfassung

1) Es wurden 44 Patienten (27 Frauen, 17 Männer) mit Zwangsneurosen 2 - 16 Jahre nach einem stationären Aufenthalt in der Psychiatrischen und Neurologischen Klinik der Freien Universität Berlin nachuntersucht. Die Nachuntersuchung fand durch persönliche Exploration (29 Fälle), durch Fragebogen (3 Fälle) und Krankengeschichten aus anderen Kliniken (4 Fälle) sowie durch Auskünfte Dritter aus der Umgebung der Patienten (3 Fälle) statt.

2) Zur Zeit der Nachuntersuchung waren 5 Patienten symptomfrei, 15 gebessert, 18 ungebessert; und bei 6 Patientinnen war die Zwangssymptomatik durch andere neurotische oder psychotische Phänomene abgelöst. Zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung wurden bei diesen Patientinnen folgende Diagnosen gestellt: Schizophrenie, Depression, Mischneurose mit hysterischen Angstzuständen, paroxysmale Tachykardie und - bei 2 Patientinnen - Alkoholabusus.

3) Anhand anamnestischer Angaben und der Krankengeschichten wurden die einzelnen, gesamten Krankheitsverläufe rekonstruiert. Die klinische Beurteilung zum Katamnesezeitpunkt konnte als übereinstimmend mit der Tendenz des Gesamtverlaufes erkannt werden.

4) Auf Grund der katamnestischen Ergebnisse wurden folgende prognostische Kriterien untersucht und geprüft, ob sie sich für die nachuntersuchte Patientengruppe als relevant erweisen und welche Bedeutung - günstig oder ungünstig - sie haben:
   a) Erkrankungsdauer: Ohne Einfluß, gemessen an der Länge des Katamnesezeitraumes von 2 - 16 Jahren.
   b) Erkrankungsalter: Günstiger Einfluß eines frühen Erkrankungsalters.
   c) Alter bei 1. Klinikaufnahme: Günstiger Einfluß einer frühzeitigen Aufnahme.

d) Intervall zwischen Erkrankungsalter und 1. Klinikaufnahme: Günstiger Einfluß eines kurzen Intervalls.

e) Allgemein kritische Altersphasen:
Pubertät: Erkrankungen vor und während der Pubertät, besonders für männliche Patienten günstig. Klimakterium und Rentenalter: Ohne Einfluß.

f) Geschlechtsspezifische Differenzen: Männer, die früh erkranken und frühzeitig erstmals eine Klinik aufsuchen, haben hohen Anteil an den gebesserten Patienten.

g) Kindheitssymptome: Prognostisch ungünstig.

h) Prämorbid anankastische Charakterstruktur: Prognostisch ungünstig.

i) Art der Zwangssymptomatik: Ohne Zwangshandlungen prognostisch günstig, dagegen ausgeprägte Zwangshandlungen ungünstig.

5) Der Einfluß therapeutischer Maßnahmen, wie Psychochirurgie (5 Fälle) und Psychotherapie (16 Fälle) wurde erörtert. Hierbei zeigte sich, daß erfolgreiche therapeutische Maßnahmen mit prognostisch günstigen Kriterien (insbesondere dem Fehlen von Zwangshandlungen) koinzidieren.

6) Ausführlich behandelt wurden besondere Verlaufsformen der Zwangsneurose, wie Verläufe mit Vor-Episoden (3 Patientinnen) und Verläufe, die mit einer Abschwächung der Zwangssymptomatik und gleichzeitigem Auftreten von freien Angstanfällen einhergingen (3 Fälle).

8. Literaturverzeichnis

Alexander, F. : Psychosomatische Medizin, Berlin 1951, S. 105 - 106

Ders. : Zur Theorie der Zwangsneurose und Phobie, Internat.Zeitschrift für Psychoanalyse XIII, 20, 1927

Balslev-Olesen, Th., E.Geert-Jørgensen : The Prognosis of Obsessive-Compulsive Neurosis, Acta Psychiatrica et Neurologica Scandinavica, Suppl. 136, Vol. 34, 232, 1959

Baumeyer, F. : Erfahrungen über die Behandlung psychogener Erkrankungen in Berlin, Z.Psychosom. Med. VIII, 3, 157, 1962

Belcingateanu, C, A.Sturza, Gh.Moise : Katamnestische Aspekte bei Zwangsneurosen, Neurol.Neurochir.Psychiat.pol. 9, 497, 1964 Ref.Zbl.Neurol.190, 134, 1967/68

Bjarsch, H. : Beitrag zur Problematik der Tourette'schen Krankheit, Nervenarzt 43,94, 1972

Bleuler, E. : Zit.n.de Boor, W. 1949

Bonhoeffer, K. : Über die Beziehung der Zwangsvorstellungen zum Manisch-Depressiven, Mon.f. Psych.u.Neur. 33, 354, 1913

Bumke, O. : Handbuch der Geisteskrankheiten, Berlin 1928, Bd. 6, S.161-163

Bumke, O., O.Förster : Handbuch der Neurologie, Berlin 1936 Bd. 6, S. 995

Cooper, J.E., M.G. Gelder, J.M.Marks : Brit.med.J. I, 1222, 1965

Davies, B.M. : Oral Sernyl in Obsessive States, J.Ment. Sci., 107, 109, 1961

de Boor, W. : Die Lehre vom Zwang, Sammelbericht über die Jahre 1918-1947, Fortschr.Neurol. Psychiatr. 17, 49, 1949

Delkeskamp, H. : Langstrecken-Katamnese von Zwangsneurosen, Acta psychiat. scand. 41, 564, 1965

v.Ditfurth, H. :Über pathologische Stoffwechselbefunde bei Zwangskrankheit, Nervenarzt 24,204,1953

Dilling, H.,H.Rosefeld, G.Kockott, H.Heyse :Verhaltenstherapie bei Phobien, Zwangsneurosen, sexuellen Perversionen und Süchten: Fortschr.d.Neurol.u.Psychiat.39,293,1971

Di Perri,R.M. Meduri :Polygraphic Studies of Nocturnal Sleep of Subjects with Phobic-obsessive Neurosis treated with a New Benzodiazepine (RO 5-3350), Riv.Neurol. 42, 512, 1972

Dührssen, Annemarie :Zur Frage der Häufigkeit zwangsneurotischer und hysterischer Strukturen bei Männern und Frauen, Z.Psychother.med.Psychol. 1, 247, 1951

Dies. :Analytische Psychotherapie in Theorie, Praxis und Ergebnis, Göttingen 1972, S. 268-296

Dies. :Die Problematik der Zwangsneurose an Hand von Kinderfällen, Prax.Kinderpsychol. 3, 1, 1954

Dies. :Die psychotherapeutische Nachbehandlung bei leukotomierten Zwangskranken, Z.Psychother. med.Psychol. 1, 30, 1951

Eitinger, L. :Studies in Neurosis, Acta Psychiat.Scand. Suppl. 101, 1955

Eysenck, H.J., S.Rachman Neurosen, Ursachen und Heilmethoden,Berlin :1973, S. 113-124

Fenichel, O. : Hysterien und Zwangsneurosen, Psychoanalytische und Spezielle Neurosenlehre, Darmstadt 1967

Frankl, V.E. :Angst und Zwang, Zur Kenntnis pathogener Reaktionsmuster, Acta psychother. 1, 111, Basel 1953

Freud, Anna :Zit.n.Silvermann, J.S., 1972

Freud , S. : Hemmung, Symptom und Angst, 1926, S.Fischer Verlag, Bd. 6, 1971

Ders. :Die Abwehr.Neuropsychosen, 1894, Ges.Werke Bd. I

Freud, S. : Über die Berechtigung von der Neurasthenie einen bestimmten Symptomenkomplex als Angstneurose abzutrennen, 1895 a, Ges. Werke, Bd. I

Ders. : Obsessions et phobies, leur Méchanisme Psychique et leur Etiologie, 1895 b, Ges.Werke, Bd. I

Ders. : Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse, 17.Vorlesung, 1915-17, S.Fischer Verlag Bd. I, 1971

Ders. : Zur Ätiologie der Hysterie, 1896,S.Fischer Verlag, Bd. 6, 1971

Furst, J.B., A.Cooper : Case History: Failure of systematic desentisation in 2 cases of obsessive - compulsive neurosis, marked by fear of insecticide, Behav.Res.&Therapy, 8, 203, 1970

v.Gebsattel, V.E. : Die Welt des Zwangskranken, Mschr.Psychiatr.Neurol. 99, 10, 1938

Geller, D. : Neurosenstrukturelle Indikationen für Musikanwendungen, Z.Psychosom.Med.Psychoanal. 19, 69, 1973

Gerlinghoff, M., D.Schwarz : Verhaltenstherapeutische Ansätze zur Behandlung zwangskranker Patienten in der Klinik, Nervenarzt 43, 124, 1972

Gerz, H.O. : Experience with the Logotherapeutic Technique of Paradoxical Intention in the Treatment of Phobic and Obsessive-compulsive Patients, Amer.J.Psychiat. 123, 548, 1966

Gittleson, N.L. : The relation between obsessions and suicidal attempts in depressive psychoses, Brit.J.Psychiat. 119, 889, 1966

Goodwin, D.W.,S.B. Guze, E.Robins : Follow-up Studies in Obsessional Neurosis, Arch.Gen.Psychiat.20, 182, 1969

Grattarola, F., E.Morgando : Clinical Trial of a New Derivative of the Series of Benzodiazepines: Bromazepam (RO 5-3350) in the Treatment of Phobic-obsessive Symptoms, Minerva Med. 64, 2107, 1973

Grimshaw, L. : The Outcome of Obsessional Disorder, A Follow-up Study of 100 cases, Brit.J. Psychiatry 111, 1051, 1965

Gruber, R.P. : ECT for Obsessive-compulsive Symptoms, Diseases of the Nervous System, 32, 180, 1971

Guze, S. : The Role of Follow-up Studies:Their Contribution to Diagnostic Classification as Applied to Hysteria: Seminars in Psychiatry, 2, 392, 1970

Hare, E.H., J.S. Price,E.Slater : Fertility in Obsessional Neuroses, Brit. J.Psychiatry, 121, 197, 1972

Hastings, D.W. : Follow-up Results in Psychiatric Illness, Psychiat. 114, 1057, 1958

Heilbronner : Zwangsvorstellung und Psychose, Zschr. f.d.ges.Neur.u.Psych. 9, 301, 1912

H'ebert Bourgeois,M.: Notre Experience du Sulpiride, Bord. Med. 141, 2, 1972

Helmchen, H.,P.Kielholz, E.Brooke, N. Sartorius : Zur Klassifikation neurotischer und psychosomatischer Störungen, Nervenarzt 44, 292, 1973

Hodgson, R., S. Rachman,I.M.Marks : The Treatment of Chronic Obsessive-compulsive Neuroses: Follow-up and Further Findings, Behav.Res.&Therapy, 10,181,1972

Ingram, I.M. : Obsessional Illness in Mental Hospital Patients, J.ment.Sci. 107, 382, 1961

Jaspers, K. : Allgemeine Psychopathologie,Berlin 1946[4]

Kaila, K.K. : Über den zwangsneurotischen Symptomenkomplex, Acta Psychiatrica Scandinavica Suppl. 57, 228, 1949

Kelly, D. : Stereotactic Limbic Leucotomy:Neurophysiological Aspects and Operative Technique, Br.J.Psychiatry, 123, 133, 1973

Kendell,R.E., W.J.Discipio : Obsessional Symptoms and Obsessional Personality Traits in Patients with Depressive Illnesses,Psychol.Med.1,65,1970

Korolenko, T., S. Groshev,V.Kvashnin : Atropine Treatment of Obsessive States, Z.H.Nevropatol Psikhiatr. 71, 1391,1971

Kraepelin, E. : Zit.n.Ingram, I.M., 1961

Kringlen, E. : Obsessional Neurotics - A Longterm Follow-up,Britsh.J.of Psychiatry 111, 709, 1965

Ders. : Natural History of Obsessional Neurosis, Semin.Psychiatry 2, 403, 1970

Langen, D. : Die Unterscheidung der Zwangssyndrome und ihre Bedeutung für die Psychotherapie, Z.Psychother. med.Psychol.14,250,1964

Laplanche, J., J.B.Pontalis : Das Vokabular der Psychoanalyse, Frankfurt 1972, S.645-46

Lem, S. : Ananke in "Die Jagd", Insel Verlag 1973, S. 218-282

Leonhard, K. : Zit.n.Müller, I., 1970

Lewis, A. : Problems of Obsessional Illness, Proc. roy,Soc.Med. 29, 325, 1936

Liesenfeld, R. : Die Lehre vom Zwang, Sammelbericht über die Jahre 1947-1970, Fortschr.d.Neurol. Psychiat.und ihre Grenzgebiete, 40,40,1972

Lo, W.H. : A Follow-up Study of Obsessional Neurotics in Hong-Kong Chinese, Brit.J.Psychiat. 113, 823, 1967

Mack-Brunswick,Ruth : Ein Nachtrag zur Freuds "Geschichte einer infantilen Neurose". Int.Zeitschr.f. Psychoanalyse, XV, 1, 1929

Mather,Marcia D. : The Treatment of an Obsessive-compulsive Patient by Discrimination Learning and Reinforcement of Decision Making, Behav. Res.&Therapy 8, 315, 1970

Matussek, P. : Zwang und Sucht, Zentralbl.f.d.ges.Neurol. und Psychiat. 143, 11, 1958/59

Müller, Ch. : Vorläufige Mitteilungen zur langen Katamnese der Zwangskranken, Nervenarzt 24, 112, 1953 a

Ders. : Der Übergang der Zwangsneurose in Schizophrenie im Lichte der Katamnese, Schweiz. Arch.Neurol.Psychiatr. 72, 218, 1953 b

Ders. : Weitere Beobachtungen zum Verlauf der Zwangskrankheit,Mschr.Psychiatr.133, 80, 1957

Müller, Ilse : Psychiatrische Auffassungen zum Wesen der Zwangsneurose mit therapeutischen Konsequenzen, Psychiatr.Neurol. Med. Psychol. (Leipz.), 22, 201, 1970

Dies. : Wie weit ist bei einer Zwangsneurose eine Persönlichkeitsdiagnose mit Fragebogen möglich? Psychiat.,Neurol.Med.Psychol. (Leipz.) 22, 381, 1970 b

Nacht, S. : Zit.n.de Boor, W., 1949

Neumärker, K.J. H. : Zum Problem der Heredität bei Zwangsneurosen, Psychiat., Neurol.Med.Psychol. (Leipz.), 22, 185, 1970

Noonan, J.R. : An Obsessive-compulsive Reaction Treated by Induced Anxiety, Am.J.Psychother. 25, 293, 1971

Okuma, T., T.Nakao et al. : Effect of 7-bromo-5-(2-Pyridyl)-3H-1, 4-Benzodiazepine-2 (1H)-one, Bromazepam (RO 5-3350), a New Minor Tranquilizer on Psychoneuroses with Special Reference to the Obsessive-compulsive Symptoms. Folia.Psychiatr.Neurol.Jap,25,181,1971

Partridge, M. : Prefrontal Leukotomy, Oxford 1950, Zit.n.Ingram, I.M., 1961

Pavlov, J.P. : In Psychiatrie der Gegenwart I, 1960-67, Berlin

Pilcz, A. : Jb.Psychiatr. 41, 1922, Zit.n.de Boor, W. 1949

Pollitt, J. : Natural History of Obsessional States, A Study of 150 Cases, Brit.Med.J. 1, 194, 1957

Quint, H. : Über die Zwangsneurose, Göttingen, 1971

Rachman, S. R.Hodgson, I.M. Marks : The Treatment of Chronic Obsessive-compulsive Neurosis, Behav.Res.& Ther. 9, 237, 1971 b

Rachman, S. : Obsessional Ruminations, Behav.Res.& Therapy, 9, 229, 1971 a

Reifenberg, E. : Über eine mit Ascorbinsäure wesentlich gebesserte Zwangsneurose, Psychiat.Neurol. Med. Psychol. 5, 161, 1953

Rosen, I. : The Clinical Significance of Obsessions in Schizophrenia, J.Ment.Sci.103, 773 1957

Rosenberg, C.M. : Familial Aspects of Obsessional Neurosis, Brit.J.Psychiat. 113, 405, 1967

Rüdin, Edith : Ein Beitrag zur Frage der Zwangskrankheit, insbesondere ihrer hereditären Beziehungen, Arch. Psychiatr.Nervenkr. 191,14,1953

Rühmke, H.C. : Über die Klinik und Psychopathologie der Zwangserscheinungen in "Eine blühende Psychiatrie in Gefahr", Berlin 1967, S. 77-99

Schneider, K. : Die Lehre vom Zwangsdenken in den letzten 12 Jahren, Z.ges.Neurol.Psychiat. 16, 113, 1918

Ders. : Begriffliche Untersuchung über den Zwang, Allg.Z.f.Psychiat. 112, 17, 1939

Ders. : Zit. n.de Boor, W., 1949

Schultz-Hencke, H. : Lehrbuch der analytischen Psychotherapie, Stuttgart 1970^2, S. 102-103, 108

Schultz, J.H. : Autogenes Training bei psycho-chirurgisch behandelter schwerer Zwangsneurose, Prax. Psychother. 11, 76, 1966

Schwidder, W. : Symptombild,Grundstruktur und Therapie der Zwangsneurose, Psyche 8,126, 1954/55

Schwartz, E. : The Treatment of the Obsessive Patient in the Group Therapy Setting, Am.J. Psychother. 26, 352, 1972

Semandeni, G.W. : Indication Electro-Encephalographique d'utilisation clinique d'un nouveau neuroleptique Sulpiride (Dogmatil), Praxis, 60, 771, 1971

Silverman, J.S. : Obsessional Disorders in Childhood and Adolescence, Developmental, Therapeutic and Nosological Aspects, Am.J.Psychother. 26, 362, 1972

Skinner, B.F. : Superstition in the Pigeon, J.Ex. Psychol. 38, 168, 1948

Skoog, G. : Onset of Anancastic Conditions, Acta Psych. Scand.Suppl. 184, 1, 1965

Stengel, E. : A Study on Some Clinical Aspects of the Relationship Between Obsessional Neurosis and Psychotic Reaction Types, J. Ment.Sci. 91, 166, 1945

Stöcker, W. : Über Genese und klinische Stellung der Zwangsvorstellungen, Zeitschr.f.d.ges. Neurol.u.Psychiat. 23, 121, 1914

Straus, E. : Ein Beitrag zur Pathologie der Zwangserscheinungen, Mschr.Psychiatr. 98, 61,1938

Suellwold, Lilo : Die Bedeutung kognitiver Stoerungen für Klassifikation und Verhaltenstherapie von Zwangssyndromen, Nervenarzt 44, 537, 1973

Suess, J.F. : Short-term Psychotherapy with the compulsive Personality and the Obsessive-compulsive Neurotic, Am.J.Psychiatry, 129, 270, 1972

Taschev, T. : Zur Klinik der Zwangszustände, Fortschr. Neurol. 38, 89, 1970

Weber, Erna : Grundriß der biologischen Statistik, Stuttgart 1972[7], S. 500-516

Wolpe, J. : Experimental Neurosis as Learned Behaviour, Brit.J. Psychol. 43, 243, 1952

Presse und Informationsamt des Landes Berlin, Hrsg.: Berlin kurzgefaßt, Berlin 1972[7], S. 90-93

An dieser Stelle möchte ich Herrn Professor Dr. H.-U. Ziolko für die Überlassung des Themas sowie für seine Unterstützung danken.

Herrn Ass.-Prof. Dr. F.-J. Kretschmer danke ich für die biometrische Beratung.

Lebenslauf

Am 25.9.1947 wurde ich als Tochter des Bühnenbildners Heino Roehl und seiner Frau Gertrud, geb. Hohmann, in Neukirchen, Kreis Ziegenhain, Hessen, geboren.

1954 bis 1958	: Besuch der Volksschulen in Neukirchen und Uerdingen/Rhein
1958 bis 1967	: Besuch der Melanchtonschule im Steinatal
1965 bis 1966	: Austauschschülerin an der Reeths-Puffer-High-School in Muskegon/Michigan USA; High-School-Diploma
Juni 1967	: Reifeprüfung am math.-nat. Zweig der Melanchtow Schule
WS 1967/68	: Beginn des Studiums der Humanmedizin an der FU Berlin
1968	: Naturwissenschaftliche Vorprüfung an der FU
1970	: Ärztliche Vorprüfung an der FU
1974	: Ärztliche Prüfung an der FU Berlin
1974	: Prüfung des Educational Council for Foreign Medical Graduates der USA
Juni 1974 bis März 1975	: Stipendiatin der Graduiertenförderungskommission der FU Berlin für die vorliegende Arbeit
1975 bis 1976	: Medizinalassistentin an der Neurologisch-psychiatrischen Klinik Waldhaus, Nikolassee, Klinikum Steglitz der FU Berlin und dem Städt. Krankenhaus Neukölln
1976	: Approbation als Ärztin
	Stationsärztin in der Neurologisch-Psychiatrischen Abteilung des Städt. Krankenhaus Neukölln

Dissertationsdruck Fred Höpfner
Pestalozzistr. 106 (Ecke Bleibtreustr) 1 Berlin 12
312 88 85
313 81 98